UEBER TOTALE SEELISCHE TAUBHEIT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

GROSSH. BAD. RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT
ZU HEIDELBERG

VORGELEGT VON

FRANZ HAHN
ASS.-ARZT D. RES. AUS CÖLN A. RH.

HEIDELBERG
UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI J. HÖRNING
1918.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan:
Geh. Hofrat Dr. Gottlieb.

Referent:
Geh. Hofrat Dr. W. Kümmel.

1918.

SEINEN ELTERN!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153506_0037

Erst im zweiten Kriegsjahre sind die psychogenen Hörstörungen in den Gesichtskreis des Interesses getreten und haben sich nur allmählich die entsprechende Beachtung verschafft. Bis dahin nahmen die meisten Untersucher, wenn sie eine organisch verursachte Schwerhörigkeit ausschliessen konnten, einfach Simulation an, und noch heute ist vielen die psychogene Schwerhörigkeit ein fremdes Bild.

Im XIV. Armeekorps besteht die Einrichtung, dass die Fälle, die auf psychogene Schwerhörigkeit verdächtig sind, an Professor Kümmel in Heidelberg als fachärztlichen Beirat zur endgültigen Beurteilung überwiesen werden. Im Verein mit dem psychiatrischen Urteil von Prof. Homburger in Heidelberg wird von ihm der psychogene Anteil gesichert. Darauf geschieht die Überweisung in das Nervenlazarett Hornberg, und hier ist es Sache des Therapeuten, die Diagnose aus dem Erfolg der Therapie zu bestätigen. Dieser Weg hat sich nach mancherlei Versuchen als der sicherste erwiesen, den Patienten einer schnellen Heilung entgegenzuführen, weil so vielfache Untersuchungen und langwierige und falsche Lezarettbehandlungen, die die Gefahr in sich bergen, dass durch sie das psychogene Symptom erst recht fixiert wird, vermieden werden.

Die dabei gesammelten Erfahrungen sind z. T. schon anderweitig veröffentlicht worden. So hat Pflug 1916 aus dem Heidelberger Lazarett eine Arbeit

über psychische Taubheit und Stummheit veröffentlicht, und von Privatdozent Dr. Kehrer sind bereits zwei eingehende Veröffentlichungen über diesen Gegenstand erfolgt. Eine zusammenfassende Darstellung über die Entstehung und Behandlung der psychogenen Hörstörungen von Prof. Kümmel befindet sich im Druck.

Auf dem genannten Wege fliesst unserm Lazarett ein reiches Material derartiger Hörstörungen zu. Hierzu kommen noch die Fälle, die infolge der therapeutischen Erfolge unseres Lazaretts von anderen Korpsbezirken zugewiesen werden, so dass wir jetzt auf die Zahl von 200 Schwerhörigen zurücksehen, die seit März 1915 in unserem Lazarett behandelt worden sind. Von diesen Schwerhörigkeiten aller Grade bietet die totale beiderseitige Taubheit eine relative Seltenheit. In dem reichen Material finden sich nur 12 Fälle, bei denen der Hörverlust ein vollständiger war. Der Grund mag daran liegen, dass der psychische Insult, wenn er so schwere Symptome hervorrufen soll, entweder sehr schwer sein oder eine ausgesprochene hysterische Persönlichkeit treffen muss. Eine Analogie zu dieser Seltenheit des totalen Ausfalles des Hörvermögens sehen wir in der allgemeinen Erscheinung der relativen Seltenheit eines schweren und augenfälligen psychogenen resp. hysterischen Symptoms, z. B. eine totale Blindheit, Lähmung eines schweren Tremors usw. Diese Ansicht steht im Gegensatz zu der früher herrschenden, nach der die hysterische beiderseitige Taubheit fast die einzige hysterische Hörstörung war, während es heute offensichtlich ist, welche Rolle auch die einfache seelische Schwerhörigkeit spielt.

Herr Chefarzt Dr. Kehrer hatte die Freundlichkeit, mir 10 Fälle derartig schwerer Hörstörungen zur Verfügung zu stellen, die ich mitzubeobachten Gelegen-

heit hatte. Ich möchte nicht versäumen, ihm an dieser Stelle für die Überweisung des Materials meinen Dank auszusprechen. Es dürfte von Interesse sein, zu dem schweren Symptom kritisch Stellung zu nehmen und zu den schon vorliegenden Arbeiten eine bescheidene Ergänzung zu bringen.

FALL I. Pionier G., geboren 1897, stud. arch.

Anamnese: Eltern leben, beide gesund. Er selbst als Kind normale Entwicklung, keine neuropath. Erscheinungen in der Kindheit. 1911 an Typhus erkrankt, sonst nie ernstlich krank gewesen, nie ohrleidend. Früher immer gutes Gehör.

2. VI. 16 eingezogen zum Pion.-Batl. 18, Königsberg. — 4. VIII. 16 nach Meckendorf bei Berlin zur Minenwerferschule. 10. IX. 16 mit Minenwerfer-Kompagnie 167 ins Feld, Westen. — 29. VII. 17 durch Explosion einer in 3—4 m Entfernung einschlagenden Granate sofort Gehör verloren. Dabei keine Ohnmacht, keine Ohrblutung. 30. VII. 17 Aufnahme im Feldlazarett 169 Ainreville. 3. VIII. 17 mit Hilfslazarettzug nach Heilbronn, dem Res.-Laz. III überwiesen. Diagnose: Nerventaubheit beiderseits. Krankheitsursache: Granateinschlag. 5. VIII. 17 Ohrbefund bds. normal, beiderseits sprachtaub. Hineinrufen in die Ohren angeblich nicht gehört, aber schmerzend empfunden. Nasenhöhlen und Rachen ohne Veränderung. Katheterismus beider Ohren, dabei normales Auskultationsgeräusch. 6. VIII. 17. Patient steht mit geschlossenen Augen ohne Schwanken. Nach 10 maliger Drehung des Körpers nach rechts tritt bei Blick nach links leichterer Nystagmus auf als in der Norm, ebenso nach 10 maliger Drehung des Körpers um seine Achse nach links und nachfolgender Blickrichtung nach rechts. Nach den Drehungen treten Schwankungen auf, aber geringer als in der Norm. Stimmgabeltöne der verschiedenen Höhe und Stärke beiderseits nicht gehört.

8. VIII. 17. Da die Funktion des Labyrinths nicht aufgehoben ist, sondern sich durch Körperdrehungen Nystagmus und Schwanken erzeugen lässt, so ist die Taubheit vielleicht psychogen, hysterischer Art. 9. VIII. 17. Patient dem Res.-Laz. II (Harmonie) Heilbronn zur Verlegung auf die Nervenstation überwiesen. — Res.-Laz. Ohrenklinik Tübingen: Klagen: Kopfschmerzen. — Ohrbefund: Trommelfell r. — o. B., l. — o. B. Flüster- und Umgangssprache wird beiderseits nicht gehört. Patient hört angeblich beiderseits laut ins Ohr geschrieene Worte und Vokale nicht, auch werden sämtliche Stimmgabeln weder auf dem Kopf noch an dem Warzenfortsatz, noch an der Ohrmuschel gehört.

Wenn man mit dem Patient spricht, versteht er sehr gut, vom Munde abzulesen, doch hat man den Eindruck, dass Patient viel besser vom Munde abliest, wenn man laut mit ihm spricht, als wenn man mit tonlosen Lippenbewegungen sich mit ihm verständigt. Aus dem ganzen Verhalten des Mannes hat man den Eindruck, dass es sich um eine psychogene Ertaubung handelt. Diese Auffassung deckt sich mit den Beobachtungen, die in den Lazaretten, in denen Patient früher behandelt wurde, gemacht wurden. — 1. IX. 17. Rückverlegung ins Res.-Laz. II Heilbronn. — 8. IX. 17. Bei wiederholter Hypnose jedesmal tiefer Schlaf, trotzdem konnte aber in der Hypnose keine Gehörwahrnehmung erzielt werden. — 24. IX. 17. Rückkehr von einem Urlaub. Patient liest sehr gut und fliessend vom Munde ab, hört aber anscheinend gar nicht. Angeblich gar keine Gehörempfindung. Behandlung nach Kehrer ohne jeden Erfolg. — 10. X. 17. Da ein Erfolg weder durch Hypnose, noch durch Wachsuggestion erzielt werden konnte, erscheint weitere Behandlung diesseits zwecklos, da aber eine Behandlung nach Kehrer an Ort und Stelle Erfolg verspricht, wird Patient ins Res.-Laz. Hornberg überwiesen.

Res.-Laz. Hornberg: Militärisch-exaktes, anständiges Wesen, kräftig gebauter Mann in mässigem Ernährungszustand, Schädel nicht klopfempfindlich. Hirnnerven o. B. Total taub. Trommelfelle normal. Lautes Schreien am Ohr nicht gehört. Visuell-akustischer Versuch nach Nadoleczny*) positiv. — Herz: Töne rein, Puls regelmässig, gleichmässig, gut gefüllt und gespannt; bei Augenfussschluss kein Schwanken. Kein Lidflattern, kein Nystagmus. Patellarreflexe auslösbar rechts = links. Keine sensiblen Störungen. Innere Organe o. B. Die funktionelle Taubheit wurde durch Psychotherapie restlos beseitigt. — 20. X. 17. Gehör normal. Patient arbeitet beschwerdefrei in seinem Beruf.

FALL II. Musk. P., geboren 23. V. 97 zu Gleiwitz in Oberschlesien, Bürogehilfe.

Anamnese: Vor der Einziehung nie krank gewesen, besonders nie ohrenleidend. Auf der Schule gut gelernt, später in der Lehre als Kaufmann. — 10. V. 16 eingezogen. 20. VII. 16 ins Feld, Westen. — 7. IX. 16 bis 12. IX. 16 im Kriegslazarett St. Quentin wegen Magenkatarrh. 12. IX. 16 bis 30. XII. 16 Genesungsheim Spaa, dann zur Truppe. — 28. I. 17 Verschüttung durch Granateinschlag. Erwachte einige Stunden darauf auf dem Hauptverbandsplatz. War ganz taub. — 31. I. 17 Kriegslazarett Quesnoy. Diagnose: Psychische Taubheit.

*) Sonderdruck der Münchener Medizinischen Wochenschrift 1916, Nr. 37, 8, 1338.

— 12. II. 17 Res.-Laz. Stettin (Ohrenstation). Diagnose: Beiderseitige Labyrinthtaubheit.

19. IV. 17 Res.-Laz. Meierei Bolle Berlin. Dort Ableseunterricht. War bester Schüler. — 21. V. 17. Auf Anordnung von Herrn Generalarzt Passow mit der Diagnose: Taubheit beiderseits durch Verschüttung zum Res.-Laz. Berlin-Nord (Beobachtungsstation für Nervenkranke) verlegt. Hörprüfung: Hört weder Sprech- noch Stimmgabel- noch Monochordtöne. Linkes Ohr: Trommelfell o. B. Rechtes Ohr: Trommelfell o. B. Reflex: normal. —

Drehen → r. Nystagmus → l. 40″.
Drehen → l. Nystagmus → r. 33″.

Prüfung des kalor. Nystagmus nichts Abweichendes. — Zeigeversuch: Vorbeizeigen beiderseits → links. — Lesen mit Lärmtrommel beiderseits ohne Veränderung der Sprache. — Psychogalvanischer Reflex: positiv. — Psychisch normal. Dort haben therapeutische Versuche keinen Erfolg, deshalb am 5. VI. 17 zur Meierei Bolle zurückverlegt. Auch hier ist jede Behandlung fehlgeschlagen, deshalb am 12. IX. 17 zum Res.-Laz. Hornberg verlegt.

Untersuchungsbefund: Mittelgrosser, mittelkräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustand, von gesunder Hautfarbe. Psychisch ruhig und geordnet. Patient ist bei der Aufnahme total taub, sieht aber tadellos vom Munde ab. Trommelfell beiderseits normal. Ebenso lässt sich neurologisch kein krankhafter Befund erheben. Innere Organe o. B. Die völlige Taubheit wurde sofort durch die physiologische Aufbaumethode beseitigt. Hörte darauf leiseste Flüstersprache auf 8 m Entfernung. Das Resultat hatte dann auch während mehrmonatlicher, regelmässiger Arbeitsleistung in seinem Beruf vorgehalten.

FALL III. S., Musketier, geboren 2. X. 98, Landwirt.

Anamnese: Eltern leben, gesund, 2 Geschwister, gesund. Normale Entwicklung, mit 3 Jahren Polypenoperation. Kein Bettnässen, keine Krämpfe. In der Schule einmal sitzen geblieben, arbeitete seitdem in der Landwirtschaft. Vor Diensteintritt nie ernstlich krank.

18. XI. 16 eingezogen zum I.-R. 163. — 16. V. 17 ins Feld, Westen. 17. VIII. 18. Eine Granate schlug in seiner Nähe ein, dabei flog ihm ein Stein an den Kopf. (Nach späterer Angabe schlug die Granate in 50 m Entfernung ein.) War längere Zeit bewusstlos, ging dann in den Sanitätsunterstand, wurde von dort ins Revier geschickt. 17. VIII. 17 bis 20. VIII. 17 Kriegslazarett Stenay. 21. VIII. 17 bis 22. IX. 17 Reservelazarett Pforzheim. Beide Trommelfelle vollständig gehörig. Es besteht für alle Töne komplette Taubheit. Aus den schriftlichen Angaben: „..... Ich merkte gleich, dass ich nicht

hören konnte .... im Feldlazarett wurde ich untersucht und da haben sie mir aufgeschrieben, dass mir das rechte Trommelfell gesprungen sei ..... Meine Verwundung ist nur die am Ohr."

Reservelazarett Heidelberg, Abteilung 12.

Beschwerden: Taubheit beiderseits. Da Patient angeblich gar nichts hört, Verständigung nur durch schriftliche Fragen möglich. Die Antworten werden in normaler Sprache erteilt. Patient macht einen ängstlichen verschüchterten Eindruck, vermeidet es, den Untersucher anzusehen, starrt teilnahmslos in eine Ecke. Keine Störung des Schlafs oder des Allgemeinbefindens. Innere Organe o. B.

Rechtes Ohr: An der Trommelfellperipherie, an der Grenze zwischen hinterem oberen und hinterem unteren Quadranten eine bräunlich gefärbte Epidermisborke. Nach Entfernung derselben Trommelfell o. B. bis auf narbige Einziehung der pars flaccida.

Linkes Ohr: Trommelfell im Gebiet der hinteren Quadranten ganz leicht getrübt. Narbige Einziehung der pars flaccida. — Flaches Rachenmandelpolster. Nase: kleine Crista septi. — Tuben: Untersuchung der Tuben wegen grosser Unruhe des Patienten nicht ausführbar. — Hörprüfung: Weder Flüster- noch Umgangssprache, noch lautestes Schreien gehört. C-Stimmgabel wird weder durch Luft noch durch Knochenleitung gehört. Schreckreaktion fällt positiv aus. Psychiatrischer Befund: Es ist zwar sehr schwierig, bei dem Manne einen Einblick in seine Psyche zu erhalten, doch gewinnt man den Eindruck eines ängstlichen und beschränkten Menschen, der aber flott liest und leidlich rechnet. Er scheint durchaus gutmütig zu sein. Sein ganzes Benehmen spricht für eine psychogene Hörstörung; Behandlung in Hornberg wird, glaube ich, sicher von Erfolg sein. Auf Anordnung des fachärztlichen Beirates, Prof. Kümmel, nach Reservelazarett Hornberg verlegt.

Reservelazarett Hornberg. 1. X. 17. S. wurde sofort von seiner totalen Taubheit durch die physiologische Aufbau-Methode geheilt. Patient sehr willig und dankbar. Leise Flüstersprache links 4—5 m, rechts 5—6 m.

FALL IV. M., geboren 1897, Maurer, Maschinengewehrschütze.

Anamnese: Mutter angeblich nervös und leicht aufgeregt. Vater gesund, ein Bruder gefallen, in Kindheit nichts Neuropathisches. In der Schule gut gelernt. Nach der Schule Maurerlehrling. 1915 zur Landwirtschaft. November 16 eingezogen. Ausbildung fiel ihm schwer, „weil er nicht so stark veranlagt war, wie die andern." Fasste auch schwer auf. März 17 ins Feld. War von Anfang an ängstlich in Granatfeuer, „sodass ihm das Herz stillstand." 15. 5. 17. Verschüttung auf Posten. Hörte eben noch den Einschlag. Als er zu sich

kam, befand er sich in Charleville. Hatte Kopfweh wie zum Zerplatzen. Augenbrennen. Konnte nichts mehr hören. War früher nie ohrenleidend Res.-Laz. Knabenschule Offenburg. Ohrbefund: Auf r. Trommelfell etwas Blutschorf. L. Trommelfell ohne Befund. Stimmgabeln werden beiderseits weder durch Luft-, noch durch Knochenleitung gehört, Sprache, auch Schreien, ebenfalls nicht. Diagnose: Nerventaubheit beiderseits. — 31. V. 17. Schriftlich vorgelegte Fragen beantwortet M. sinngemäss. Er sitzt den grössten Teil des Tages untätig im Krankensaal und blickt teilnahmlos vor sich hin. Mit den Kameraden unterhält er sich fast gar nicht. Die Stimmung scheint niedergeschlagen zu sein. Sein Gesichtsausdruck ist gleichmässig stumpf und teilnahmlos. Seine Antworten erfolgen mit langsamer, weinerlicher Stimme. — Psychiatrische Klinik Heidelberg: Kommt mit strammer Ehrenbezeugung ins Untersuchungszimmer. Befolgt die Aufforderung, sich zu setzen, nicht. Erst als ihm durch Gesten angedeutet wird, prompt. Spricht dann stotternd mit eingestreuten eigenartigen Kehllauten „ich weiss nicht, was Herr Stabsarzt von mir will: ich höre nichts.“ Beantwortet die schriftlich gestellten Fragen prompt mit initialem Stottern. Nähere Angaben über die Zugänge bei seiner Verschüttung kann er nicht machen. Weiss nicht, ob er begraben gewesen sei, weiss überhaupt nicht, was dann geschah. Auch lässt sich durch entsprechende Fragen nicht feststellen, wann seine Erinnerung wieder beginnt. Er scheint diese Fragen nicht richtig zu verstehen. Wichtig ist noch, dass er angibt, er sei während seiner Ausbildungszeit in einer Ohrenstation in Frankfurt a. d. Oder gewesen. Er sei dort behandelt worden, habe aber gut gehört. Die Sprachbehinderung ist ziemlich beträchtlich. Er dürfte wohl auch deshalb nicht dazu zu bringen sein, dass er fortlaufend erzählt. Körperlich bietet er keinen neurologischen Befund dar. Der allgemeine Ernährungszustand ist wenig gut. Der Körperbau wenig kräftig. Bei der körperlichen Untersuchung starkes Schwitzen in den Achselhöhlen. Auf der Abteilung benimmt er sich manchmal recht merkwürdig und sehr unmilitärisch. Er ist vor allem schwer dazu zu bringen, die einfachen Regeln der Hausordnung zu befolgen. Hat sich an einen Kameraden eng angeschlossen, ist in dessen Gesellschaft auch recht lebhaft. Im übrigen verkehrt er wenig mit den Mitkranken. Urteil: Psychogene Taubheit nach Verschüttung, psychogener Artikulationstik und Stottern.

Ohrenklinik Heidelberg: Aus dem Patient ist sehr schwer etwas herauszubringen. Er wiederholt nur einzelne typische Sätze. Auf schriftliche Fragen ist die Antwort unvollständig. Die Sprache ist stotternd mit Nebenbewegungen und häufigen Verschlucklauten dazwischen, besonders im Anlaut. Patient will früher nicht gestottert

haben. Das r. Trommelfell ist blass mit einigen Blutkrusten belegt. Das l. Trommelfell ist o. B. — Patient will auch laut ins Ohr geschrieene Laute nicht hören. Ein Versuch, von den Lippen abzulesen, wird nicht gemacht. Die Stimmgabel wird weder durch Luft-, noch durch Knochenleitung gehört. Die Bárány'sche Lärmtrommel will er im l. Ohr niemals gehört haben. — 20. XI. 17. Das eingezogene r. Trommelfell ist nach Entfernung der ganzen losen Blutkruste völlig normal. Deutliche Reaktion der Pupillen auf unvermutete Geräusche. Prüfung der kalorischen Erregbarkeit der Vestibular-Apparate mit dem Brüning'schen Kalorimeter mit Wasser von 20 Grad: Nystagmus bei Blick zur Gegenseite tritt auf, nach Durchspülung des r. Ohres mit 80 ccm Wasser = $^1/_2$ der normalen Erregbarkeit, das l. Ohr mit 150 ccm = $^1/_4$ der normalen Erregbarkeit. — Es wird beobachtet, dass Patient sich mit seinen Kameraden unterhalten kann

Reservelazarett Hornberg: Stumpfer, blöder Gesichtsausdruck, unmilitärisches Benehmen. Patient sperrt jede Gehörswahrnehmung. Die Sprache ist gekünstelt. Fast vor jedes Wort wird ein gutturales „g" gesetzt. Stimmklang, Stimmlage, Stimmstärke normal. — Wurde sofort durch Psychotherapie von seiner Taubheit befreit. Leise Flüstersprache auf 8 m Entfernung r. = l. Sprache fliessend. Das Heilungsresultat hält vor.

FALL V. L., ehem. Musketier, R.-Empfänger, geboren 23. VI. 84.

Anamnese: Eltern tot. 4 Geschwister, 2 gestorben. Er selbst als Kind nicht gerade kräftig. Kein Bettnässen, keine Krämpfe, keine Gichtern. In der Schule nicht sitzen geblieben. War immer in der Landwirtschaft tätig. Hatte eigene Wirtschaft. Nicht aktiv gedient. Weiss nicht, warum. Seit 1908 verheiratet. 1 gesundes Kind. Hat angeblich früher immer gut gehört. — 18. XI. 14 eingezogen zum Ers.-Batl. 110. — 2. III. 15 ins Feld. — 23. V. 15 auf der Loretto-Höhe bei Lievin verschüttet. Blut kam aus Mund, Nase und r. Ohr. Starke Kopfschmerzen und Ohrensausen War bewusstlos. Hörte nichts mehr. Konnte nur mangelhaft sprechen. Behandlung zunächst im Kriegslazarett Valenciennes. — Freiburg, Ohrenstation des Barackenlazaretts. Befund daselbst:

Klagen: beiderseitige Taubheit mit Ohrgeräuschen und Schwindel. R. Trommelfell: grosser zentraler Defekt. Paukenschleimhaut blass, keine Sekretion. L. Trommelfell: blass und abschilfernd, kleine Blutkrusten am Hammergriff; Flüster- und Umgangssprache beiderseits nicht gehört, er ist beiderseits taub für alle Töne. Die auf den Scheitel gesetzten Stimmgabeln werden nicht gehört. Er liest gut vom Munde ab. Urteil: L. ist beiderseits durch Trommelfellzerreissung und Labyrintherschütterung infolge Granatexplosion ertaubt. —

November 1915. Vom Ers.-Batl. Donaueschingen als d. u. und wegen Erwerbsbeschränkung unter Berücksichtigung seines Berufs als Landwirt mit 60% Rente entlassen. 2. IV. 17. Urteil von Professor Bloch: Bei nochmaliger Durchsicht unserer Aufzeichnungen gewinne ich den Eindruck, dass die Hörstörung bei L. psychogen ist, und dass eine Behandlung im Res.-Laz. Hornberg erfolgen sollte.

2. V. 17. Res.-Laz. Hornberg:

Klagen: Kopfschmerzen und Schwindel habe ich immer noch. Wie ein elektrischer Strahl ist es in meinem Ohr.

Befund: Neurasthenisches Wesen. Will nur vom Munde ablesen können, spricht mit mittellauter Stimme, gekünsteltem Satzbau. Bei Gehörprüfung will Patient das lauteste Schreien nicht hören. Bei Prüfung nach Nadoloczny überragt die akustische Wahrnehmung über die visuelle. Patient ist unsicher in der Antwort, sobald das Zurufen leiser wird. Auf unsichtbares Peitschenknallen keine Reaktion, kein reflektorischer Lidschluss. Nach 2stündiger Sitzung wurde normale Hörfähigkeit erzielt. Flüstersprache r. = l. auf 8—10 m gehört. Heilungsresultat hält vor.

FALL VI. G., ehemaliger Musketier, R.-Empfänger, geboren 19. I. 92, Maschinenschlosser.

Anamnese: Keine erbliche Belastung. Bisher gesund. In der Schule wie in seinem Fach gut begriffen. War in einer Lokomotivfabrik tätig. — 19. IX. 14 verwundet am Fuss. — 31. X. 14 Schuss durch l. Backe zum Mund heraus. — 17. III. 15. Im Gefecht bei Carnia (Nordpolen) schlug, als er im Schützengraben stand und feuerte, eine schwere Granate dicht vor dem Graben ein, G. wurde hoch geschleudert, schlug beim Fall mit dem Kopf auf und verlor die Besinnung. Im Feldlazarett kam er zu sich, konnte nicht sprechen und hören, hatte starke Kopfschmerzen.

23. III. 15. Res.-Laz. Bernburg. Da die Sprache und das Gehör verloren ist, ist Patient tiefsinnig geworden. Mit seinen Kameraden vertreibt er sich die Zeit durch Dame-Dominospiel. — 19. IV. 15. Zur spezialärztlichen Behandlung nach dem Res.-Laz. Magdeburg (Friedrich-Wilhelmsgarten). — 21. VI. 15 Res.-Laz. Halle a. d. S. 31. VII. 15 Hilfslazarett Volkspark Halle. Zugleich in ambulanter Behandlung der königl. Nervenklinik. Nach Rücksprache mit Herrn Geheimrat X. soll Patient nicht verlegt werden, sondern soll am Taubstummenunterricht teilnehmen. — Patient macht im Sprechen Fortschritte. — Nervenklinik Halle a. d. S. Befund: Kräftig gebaut, mittlerer Ernährungszustand; Schädel nicht klopfempfindlich. Am l. Jochbogen eine verschiebliche, druckempfindliche Narbe. Augenbewegungen frei, Augapfelzittern fehlt. Pupillen rund, reagieren prompt. Die Augen-

bindehautreflexe vorhanden. Fühlender Gesichtsnerv nicht druckempfindlich. Bewegender Gesichtsnerv symmetrisch. Zunge gerade hervorgestreckt. Würgreflex herabgesetzt. Geruch, Geschmack intakt. Gehör aufgehoben, auch für laute, unangenehme Geräusche. Stimmgabel auf den Scheitel gesetzt wird als Ziehen empfunden, nicht als Brummen. Patient liest jedem vom Munde ab. Wenn er den Mund nicht sprechen sieht, reagiert er nicht. Innere Organe o. B. Bauchdeckenreflex vorhanden. Die vorgestreckten Hände zittern nicht. Nervenstämme sind frei. Die Kniesehnen- und Fersensehnenreflexe sind in normaler Stärke vorhanden. Fusssohlenreflexe vorhanden. Fussaugenschluss ohne Schwanken. Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit intakt. Die Erregbarkeit der kleinen Hautblutgefässe nicht gesteigert. — 2. VIII. 15. Lesen der Leseprobe mit lauter, deutlicher Artikulation. Wiedergabe ebenfalls gut. Vorgezeichnete Gegenstände werden prompt benannt. Ebenso Bezeichnung der Finger mit Ausnahme des Goldfingers. Kopfhaltung meist etwas nach rechts geneigt. Rechenaufgaben prompt gelöst. Taubheit unverändert. Urteil: G. hat bei einer Granatexplosion offenbar eine leichte Gehirnerschütterung erlitten. Im Anschluss daran stellte sich eine hysterische Taubstummheit ein. Die Stummheit wurde bald geheilt. Die Taubheit besteht noch. Es ist auch durch Weiterbehandlung nicht sicher mit einer Heilung zu rechnen. Er ist deshalb dienstuntauglich. In seinem Beruf als Lokomotivschlosser um 60% erwerbsbeschränkt. Verstümmelungszulage.

31. I. 16. Allenstein. Befund: 2. Ers.-Batl., I.-R. 150. G. ist ein schwer nervöser Mensch mit scheuem Gesichtsausdruck. An der l. Hand Schütteltremor. Die fachärztlich-neurologische Untersuchung ergab, dass die Taubheit nicht vorgetäuscht wird, sondern dass es sich um eine totale, echte labyrinthäre Taubheit handelt, die wohl auf Blutung in die Labyrinthkapsel zurückzuführen ist. Eine Besserung wird nicht mehr erwartet. Dieselbe kann auch psychotherapeutisch nicht herbeigeführt werden. Urteil: Labyrinthäre Taubheit auf beiden Ohren nach Gehirnerschütterung infolge Granatexplosion. Nervöse Störungen (traumatische Psychoneurose und schwere Hysterie). Dauernd feld- und garnisondienstunfähig. Nicht arbeitsverwendungsfähig. In seinem Beruf als Lokomotivschlosser um 75% beschränkt. 1. III. 16 als d. u. entlassen.

30. I. 18. Res.-Laz. 7, Fechtschule Heidelberg.

Nach kriegsministeriellem Erlass zur Nachuntersuchung eingezogen. Beschwerden: Taubheit beiderseits, Kopfschmerzen. „Bei Aufregungen Anfälle mit Bewusstlosigkeit." Trommelfellbefund: R. Ohr normales Trommelfell, l. Ohr normales Trommelfell. Nase: starke Nasenscheidewandverbiegung nach links. Tuben beiderseits luftdurch-

gängig. Pharynx: ziemlich grosse, tiefbuchtige Tonsillen. Kalorische Prüfung: bei Spülung des l. äussern Gehörgangs mit Wasser von 27° tritt nach 200 ccm Schwindel und Nystagmus bei Blick nach rechts auf. Bei Spülung des r. äussern Gehörgangs tritt nach 100 ccm Schwindel und Nystagmus bei Blick nach links auf. — Hörprüfung: G. will weder lautestes Schreien, noch Umgangssprache, noch die C-Stimmgabel hören. Will sich lediglich durch Ablesen verständigen. Kann kein einziges der aphonisch vorgesprochenen Worte ablesen. Es besteht beständig Tremor des Kopfes und der oberen, im Sitzen auch der unteren Extremitäten in wechselnder Stärke, besonders stark ist der Tremor, wenn G. sich beobachtet weiss. Bei Ertönen der Bárány-Trommel tritt sowohl rechts als links heftiges Erschrecken ein. Die Sprache ist zögernd stockend. Bisweilen erfolgen auf schriftliche Fragen gar keine Antworten. Erst wenn man ihn schriftlich aufmerksam macht: „Sie können doch sprechen", erfolgt eine Antwort. Bei Prüfung der Pupillen mit der Lupe zeigt sich ein regelmässiges Spiel von geringer Erweiterung und Verengerung trotz konstanter Belichtung. Bei plötzlicher Einwirkung eines lauten Schalles tritt beim erstenmal eine sehr deutliche Erweiterung auf. Beim zweitenmal bei Einwirkung eines lauten Pfeifentons viel weniger ausgesprochen. Die erste Reaktion war mit deutlichem Zusammenfahren und plötzlichem Lidschluss begleitet. Bei der Prüfung verstärkt sich das Zittern des Kopfes und der Extremitäten erheblich.

Psychiatrischer Untersuchungsbefund: G. ist ein typischer Hysteriker, der immer noch symptomreicher werden wird, wenn man ihn nicht baldigst nach Hornberg schickt. Die Grösse seiner Abneigung gegen die Wiederherstellung seines Hörvermögens spiegelt sich in seinem, bei jedem Versuch, sich mit ihm in Beziehung zu setzen, theatralisch sich immer mehr verfinsterndem Gesicht. — Auf Antrag von Professor Kümmel nach dem Res.-Laz Schloss-Hornberg verlegt. Res.-Laz. Schloss-Hornberg. Gehörprüfung: Hört nur lautestes Schreien allmählich bis auf 5 m. Bei Zurufen von 3 stelligen Zahlen (Einstellung auf schnelles Nachsprechen) in lautester Sprache, plötzlicher Zwischenschaltung von Flüsterzahlen hört Patient auf 7 m laute Flüsterzahlen (Methode Berthold*).

---

*) Eine Beschreibung der Methode Berthold wird demnächst in der Münchener Medizinischen Wochenschrift erscheinen. Sie besteht darin, dass man den Patienten auf schnelles Nachsprechen zunächst von zweistelligen, dann von dreistelligen Zahlen einstellt in der Stimmstärke, in der er gerade noch hört, z. B. Schreien oder leise Umgangssprache. Ist die Einstellung erreicht, und spricht Patient automatisch das gehörte Wort nach, schaltet man plötzlich zwi-

Wird durch Psychotherapie unter Anwendung leichter elektrischer Schläge von seiner Hörstörung befreit.

Unsicheres, verstecktes, erwartungsängstliches Wesen. Grinsender, überlegener Gesichtsausdruck. Patzige, freche Antworten. Äussert vor der Behandlung: „Meine Krankheit ist doch nicht heilbar.“ Nach der Therapie freundlich und zugänglich, dankbar gegen Ärzte und Schwestern, arbeitswillig.

Epikrise:

Bei vorher hörgesunden Menschen tritt durch Granatexplosion oder Verschüttung totale, beiderseitige Taubheit ein, ohne dass eine erkennbare oder einen erheblichen Grad von Schwerhörigkeit genügend begründende Läsion weder des Trommelfells, noch des Innenrohres, noch eines zentralen Abschnitts des Nervensystems vorliegt.

Da die Taubheit in allen Fällen nach einem akustischen oder mechanischen Trauma auftritt, ist in diesen das ätiologische Moment zu sehen. Wie zum Teil auch die vorliegenden Fälle wieder zeigen, ist bisher der Frage nach dem psychogenen Anteil in den Fällen von totaler Taubheit wie auch geringgradiger Schwerhörigkeit meist zu wenig Rechnung getragen worden, man nahm per se eine organische resp. mikroorganische Schädigung des inneren Ohres an, und wir finden mit Vorliebe, besonders im Anfang des Bestehens der Hörstörung die Diagnose: „Labyrintherschütterung“, „Nerventaubheit“. Erst im späteren Verlauf der Lazarettbehandlung, oft sehr spät, ringt sich die richtige Diagnose durch, nachdem die Patienten lange vergeblich von Lazarett zu Lazarett ge-

sehen das lauteste Schreien Flüstersprache ein, indem man die Mittelzahl in Flüstersprache spricht, z. B. (Flüstersprache unterstrichen) 158, 152, 165, 171, 168 etc. Der Patient ist nicht imstande, irgend eine Bremsung vorzunehmen, er spricht automatisch nach und gibt uns hiermit in groben Umrissen seine wirkliche Hörfähigkeit an.

wandert sind und sich einer Hörprüfung nach der andern haben unterziehen müssen, bis sie schliesslich ohne Ergebnis und Heilung zur Entlassung kamen.

Die Differentialdiagnose, ob organische oder funktionelle Taubheit vorliegt, sollte aber in allen Fällen so früh wie möglich gestellt werden. In den ersten Tagen kann eine richtig geleitete Behandlung den Zustand sehr schnell beseitigen. Die diagnostischen Gesichtspunkte sind dieselben wie bei spätern Stadien: Vor allem wird man das Fehlen einer körperlich sichtbaren oder sonst körperlich erkennbaren Schädigung des Gehörorganes für die Annahme einer psychogenen Erkrankung verwerten müssen, und man wird dabei selten fehlgehen. Höchstens könnte man irrtümlicher Weise einen Simulanten für einen Hysteriker halten. Ältere organische Störungen des Hörvermögens kann man allerdings schwer ausschliessen, aber wenn die Hörstörung irgend erheblich war, so dürfte dies sich meistens aus der Anamnese ermitteln lassen; und wenn sie nicht sehr erheblich war, so überwiegt eben die psychogene Konponente so stark, dass man auf sie allein bei der Behandlung Rücksicht zu nehmen braucht. Zweifellos findet sich im Anschluss an eine heftige Schallwirkung eine organische Ertaubung bei einem vorher gesunden Menschen ohne hinreichenden pathologischen Befund am Trommelfell oder sonst am Ohr oder Schädel kaum jemals. Das Bild einer derartigen Ertaubung scheint auch vielen Otiatern fremd zu sein, sodass Auerbach*) sich nicht scheut, jede restlose Taubheit nach Detonation für simuliert zu halten. Dabei schliesst er nur die psychogenen Zustände aus. Derselbe nimmt auch an, dass die Detonation nach seiner festen Überzeugung nicht zu

*) „Erkennung der Simulation von Schwerhörigkeit und Taubheit." Militärärztliche Zeitschrift, Dezember 1917.

völligem organischem Verlust jeden Hörvermögens führt. Hoffmann*), der viele Detonationstraumen an der Front beobachtet hat, sagt, dass Taubheit für Sprache eine Seltenheit sei. — Totale organische Taubheit ist selbst bei schweren Läsionen, wenn es sich nicht um ausgedehnte und mit grob anatomischen Veränderungen einhergehende Zerstörungen handelt, eine Seltenheit. Selbst bei diesen tritt noch erfahrungsgemäss in kürzester Zeit, meist in den nächsten Tagen schon, wenigstens eine Bessserung ein. In unsern Fällen findet sich nicht die geringste sichtbare Läsion (Fall I, II, III, VI) oder nur Läsionen, die keinen erheblichen Hörausfall erklären. So sollte anfänglich schon ein absoluter Verlust des Hörvermögens ohne jede organische Basis den Gedanken an ein seelisch bedingtes Leiden nahe legen. Wenn nun noch trotz des Mangels eines hinreichenden Befundes jede Besserung auch nach Tagen ausbleibt, so dürfte das auf das Vorliegen einer psychogenen Komponente hinweisen. Doch müssen wir noch die Schädigungen des Innenohres organischer oder mikroorganischer Natur ausschliessen. Gerade das aber ist fast unmöglich.

Die Therapie, die bei allen Fällen in unserm Lazarett vorgenommen wurde, ergab durchweg vollständige restitutio ad integrum. Das ist ein Resultat, das nach den Ergebnissen der Experimente, die von Yoshii veröffentlicht worden sind, kaum möglich wäre, wenn es sich um schwere innere Schädigungen des Ohres im Anfang gehandelt hätte; denn Yoshii kommt zu der Ansicht, was die Regenerationsfähigkeit des Innenohres betrifft, dass die Läsionen des inneren Ohres ja auch Herstellungsbestreben haben, dass eine vollständige restitutio ad integrum bei hochgradiger

*) Hoffmann: „Schädigungen des Ohres durch Geschossexplosionen". Deutsche Medizinische Wochenschrift, August 1917.

anfänglicher Störung aber immerhin selten ist, und dass mit mehr oder minder erheblichen Ausfällen in der Funktion für die Dauer im allgemeinen gerechnet werden muss. Ebenfalls dürfte seine Annahme, dass auf dem Wege der Luftleitung und nicht der Knochenleitung die Schädigung des Gehörganges bei Schalleinwirkung erfolge, bei dem vollständig normalen oder unerheblichen Trommelfellbefund dafür sprechen, dass die Schädigungen des Innenohres nach der Detonation nicht wesentlich sein können. Ich bin mir wohl bewusst, dass nach der Ansicht Passows Labyrintherschütterungen leichter zustande kommen und erheblicher sind, wenn das Trommelfell bei der Gewalteinwirkung nicht einreisst, doch dürfte eine derartige Läsion die Ausnahme bilden, und im allgemeinen finde ich auch die Anschauung vertreten, dass ein Trauma, das das äussere Ohr trifft, keine Läsion des Innenohrs verursacht, die eine totale Taubheit zur Folge hat, ohne dass Zerreissung des Trommelfells vorliegt. Auch ist eine schwere traumatische Schädigung des cochlearen Teils vom Hörnerv ohne gleichzeitige Schädigung des vestibularen Anteils kaum möglich, und deshalb wird das Fehlen solcher Störungen gegen eine organische Schädigung des r. cochlearis sprechen.

Wir müssen wohl die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass auch leichtere Veränderungen des inneren Ohres zunächst einen so schweren Hörverlust verursachen können, aber das ist nicht gerade wahrscheinlich, am wenigsten bei beiderseitiger Taubheit. Ausserdem tritt gemäss der Experimente Wittmaacks gerade hierbei vollständige Regeneration in wenigen Tagen ein, so dass eine derartige leichte organische Störung erst recht, wenn überhaupt, nur für die kürzeste Zeit nach dem Trauma in Betracht kommt.

Diesen Tatsachen entsprechend dürfte es ratsam sein, schon frühzeitig das Einsetzen der psychogenen Komponenten in Erwägung zu ziehen. Die Verwertung der Psychopathologie zur Diagnose werde ich später in Betracht ziehen.

Wie schon erwähnt, ist das ätiologische Moment in dem akustischen oder mechanischen Insult zu sehen. Die Beziehungen des Trauma zu dem Hörausfall sind nun keineswegs eindeutig als Ursache und Wirkung, wie die Beziehung der Wunde zum Geschoss: sondern zur Beurteilung des Zusammenhanges beider bedarf es der Untersuchung einerseits der Wirkung auf das Hörorgan, andererseits auf die Psyche. Während praktisch die Frage, ob die psychogene Komponente sofort oder in wenigen Stunden eintritt, bedeutungslos ist, ist es für die Bewertung des ätiologischen Momentes und für die Art der Entstehung der Taubheit wichtig, ob wir sofort nach der Einwirkung der Explosion eine rein organische Basis des totalen Gehörausfalles oder eine psychogene anzunehmen haben, oder ob anfänglich die psychogene und die organische Komponente sich in das Symptom teilen. Nehmen wir ersteres an, dürfte die Ätiologie eindeutig gegeben sein in der Explosion in ihrer Wirkung auf das periphere Organ, wozu später erst der Einfluss der Psyche kommt, während in letzterem Falle wir die Beziehung der Explosion zur Psyche beleuchten und dem Seelenzustande des Mannes bei dem Trauma unsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen. — Dass die Taubheit sich später als absolut psychogen herausstellt, lässt zunächst keinen Schluss auf den anfänglichen Zustand des Gehörs sofort nach dem Trauma zu.

Von den Schallschädigungen leichterer Art, die ohne erhebliche Folgen eine kurze, vorübergehende Ertaubung erzeugen können, kommt am ehesten der

Reizzustand des N. akustikus nach Schallwirkung in Betracht, der tatsächlich eine Einschränkung des Hörvermögens verursachen kann, wie jedem bekannt ist, der eine starke Schallwirkung aus der Nähe erfahren hat. Zweifellos ist in vielen Fällen von psychogener Schwerhörigkeit dieser Reizzustand und die folgende Schwerhörigkeit die reale Basis, auf die sich das psychogene Symptom aufbaut. Nehmen wir auch bei unsern Fällen, bei denen allen eine akustische Einwirkung anzunehmen ist, als Folge eine wirkliche Ertaubung an, so erleben wir die Fixierung eines anfänglich realen Zustandes durch psychogene Einflüsse. Wir können uns den Übergang des organischen in den psychischen Zustand als eine gerade, ununterbrochene Linie vorstellen, deren erste Strecke der organische Anteil bildet, der in den psychogenen ohne erkennbare Grenze übergeht. Das setzt voraus, dass wirklich eine starke Schallwirkung stattgefunden hat. Mit Sicherheit, resp. mit grosser Wahrscheinlichkeit können wir diese aber nur in Fall IV und V annehmen, wo die Ruptur des Trommelfells Zeugnis von einer derartigen Einwirkung gibt, während es in den andern Fällen nicht auszuschliessen, doch weniger wahrscheinlich ist. Das Einsetzen der psychogenen Komponenten hätten wir uns dann nach Abklingen des Reizzustandes, also wohl in den nächsten Minuten oder Stunden — das dürfte individuell verschieden sein — zu denken.

Für derartige Fälle würde nur die spätere Fixierung in psychogener Weise vor sich gehen, während im Anfangsstadium die Taubheit eine wirklich organische wäre. Bezweifeln wir nun, dass das Trauma eine starke akustische Wirkung hat ausüben können, die eine, wenn auch vorübergehende, Taubheit zur Folge hatte, so müssen wir sofort bei der Entstehung der

Taubheit das Wesentliche in dem psychischen Moment sehen, das bei allen unsern Fällen anzunehmen ist, und das ist die Schreck- und Schockwirkung. Vielleicht darf man überhaupt im Zweifel sein, ob eine Detonation an sich ohne schwere Läsion einen, wenn auch bald sich wieder zurückbildenden, totalen Hörausfall, wie wir ihn später fixiert finden, verursachen kann; denn dann müssten blosse Detonationen, die eine ebenso starke, wenn nicht noch intensivere akustische Wirkung ausüben können, bei denen aber eine psychische Wirkung fehlt, wie z. B. der Abschuss eines schweren Geschützes, dieselben Folgen haben. Das dürfte aber noch nicht beobachtet worden sein. Dem würde auch die Ansicht Kretschmanns*) entsprechen, dass eine blosse Detonation Schmerzen im Ohr, auch ein Gefühl von Druck und Völle auslösen kann, dass aber die einzige Funktionsstörung ein vorübergehendes Ohrensausen sei. Derartige Hörausfälle müssten denn auch gar nicht so selten sein. Hoffmann wie Auerbach zweifeln, wie schon erwähnt, an derartigen Ertaubungen. Ich selbst erinnere mich nicht, auch nur eine Krankmeldung im Felde auf Grund einer derartigen Schwerhörigkeit ohne Befund erlebt zu haben, und auch die Umfrage ergab ein negatives Resultat. So ist es vielleicht ratsam, bei allen Fällen dem psychischen Moment von vornherein die grössere Bedeutung zuzuschreiben, während das akustische Trauma nebensächlicher und nur das primum movens ist. Das trifft besonders bei Fällen zu, wo wir überhaupt nicht mit Sicherheit eine das Gehör schädigende Wirkung annehmen können, z. B. in vielen Fällen von Verschüttung oder Erlebnissen, bei denen keine akustische Wirkung vorliegt, die aber trotzdem eine Hörstörung zur Folge

*) „Kriegsbeschädigungen des Gehororgans". Deutsche Medizinische Wochenschrift, Januar 1917.

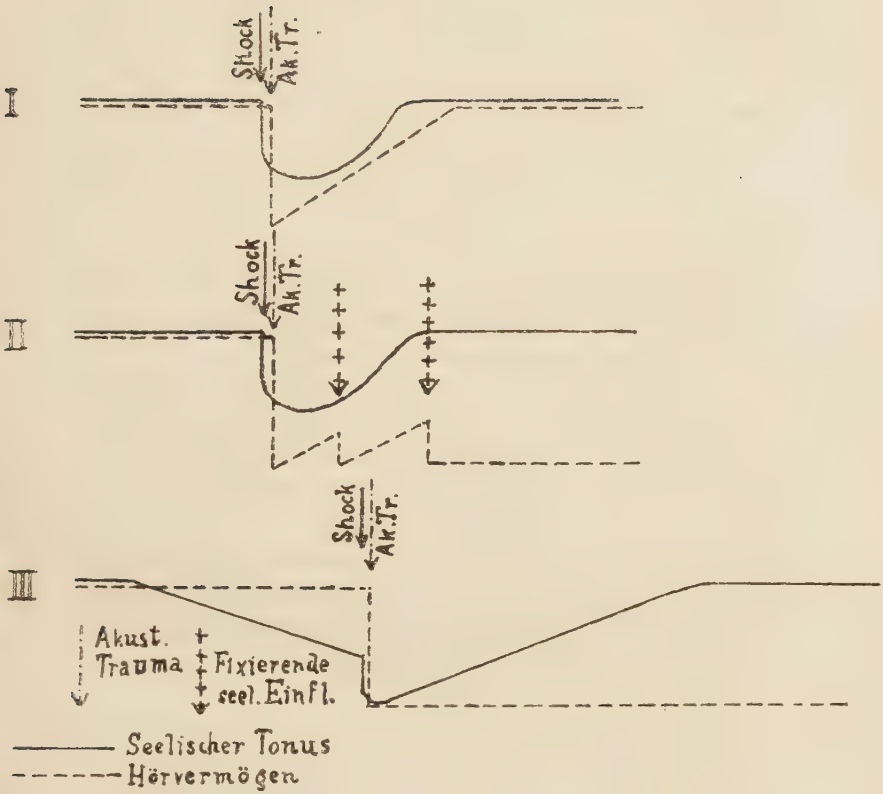
haben. Die subjektive Anamnese ergibt fast immer eine Verschüttung oder Explosion; derartige Angaben sind im Kriege ebenso billig und spielen dieselbe Rolle, was Häufigkeit angeht, wie im übrigen die Erkältung, das Leiden führt der Mann selbstverständlich auf den Granateinschlag zurück, weil es eben nach ihm aufgetreten ist, in welcher Art und Weise es gewirkt hat, darüber fehlt jede Kritik. Deshalb dürfte es schwierig sein, einen Fall zu Gesicht zu bekommen, wo deutlich hervorginge, dass die Taubheit nach einem für das Ohr unschädlichen Ereignis eingetreten ist; denn die Angaben des Mannes werden immer ein akustisches Trauma ergeben — das Leiden muss doch einen Grund haben —, und nachträglich objektive Feststellungen zu machen dürfte sehr schwer sein.

Es dürfte in vielen Fällen weniger das verhältnismässig bedeutungslose akustische Trauma als das Eigentümliche der Schockwirkung sein, was dem Symptom in der Seele den Weg bahnt, wenn keine erhebliche organische Schädigung aufzudecken ist. Das leichte akustische Trauma spielt dabei nur die Rolle des Wegweisers und gibt der Psyche die Richtung an, in der sie pathologisch reagiert. Versuchen wir uns den Zustand des Schreckens und seine Beziehungen zum Symptom zu veranschaulichen, und aus ihr die Entstehung desselben abzuleiten. Die Gleichgewichtslage des Gemütes, der seelische Tonus, erfährt durch das Erlebnis der Granatschockwirkung eine empfindliche Störung, es stellt sich ein Zustand her, in dem die Regulierung des Affektes durch den bewussten Willen aufgehoben wird. Der Tonus der Affektlage sinkt, es ist eine Verwirrung der Sinne eingetreten, in der Vorstellungen und Affekte sich in wildem Chaos befinden. Mit der Schreckwirkung ist nun ein

akustisches Trauma verbunden. Die Sensation, die im Vordergrunde steht, ist die durch diese hervorgerufene Störung des Hörvermögens, mehr oder minder grosser Intensität. Sie erweckt in der Psyche die Vorstellung einer Ertaubung. Der mächtige Affekt wirkt nun in der Richtung des geringsten Widerstands, und der ist in der Psyche da, wo das akustische Trauma die Vorstellung einer Ohrverletzung erweckt hat. Der Affekt steht nun „wie ein Hypnotiseur hinter dem Betroffenen" und setzt die Vorstellung des Hörverlustes in die Wirklichkeit um. Während der Zustand der Attonität schwindet, bleibt das fixierte Symptom die Taubheit. Die nebenstehende Kurve dürfte den psychischen Vorgang veranschaulichen.

Ich gehe bei dieser Betrachtung von der Definition aus, die Möbius gegeben hat, dass hysterische Erscheinungen zurückzuführen seien auf die suggestive Realisierung von Vorstellungen resp. von psychischen Zuständen (Kraepelin) und dass hysterisch alle die krankhaften Veränderungen des Körpers seien, die durch Vorstellungen erzeugt werden. Unter derartigen Vorstellungen sind keine bewussten Assoziationen zu verstehen, sondern etwas, das, wenn es unter der Kontrolle des Bewusstseins geschähe, wir Vorstellung nennen würden. Der Zustand des Patienten nach dem Insult, bei dem die bewusste Willensregulierung fehlt, dürfte für hysterische resp. psychogene Vorgänge besonders geeignet sein.

Anstelle des akustischen Reizes können wir uns auch ein mechanisches Trauma denken, das auf dem Wege der Knochenleitung auf das Gehör wirkt, eine mechanische Erschütterung etwa durch Emporgeschleudertwerden oder durch Verletzung durch Balken oder Steine etc. Hier wäre im Grunde die Wirkung und der Vorgang derselbe.



I. Normaler Verlauf: Plötzliches Sinken der nervösen Widerstandskraft durch Shock und gleichzeitiger Verlust des Gehörs durch akustisches resp. mechanisches Trauma, dann aber schnelle restitutio ad integrum.

II. Einwirkung fixierender Einflüsse: Plötzliches Sinken der nervösen Widerstandskraft durch Shock, gleichzeitiger Verlust des Hörvermögens durch auslösendes Trauma. Während die Kurve des nervösen Tonus sich wiederherstellt, bleibt die Taubheit bestehen durch hysterisch fixierende Einflüsse (Vorstellung, Wunsch etc.).

III. Die seelische Widerstandskraft war schon allmählich gesunken durch seelisch zerrüttende Einflüsse, wenn das das Hörvermögen herabsetzende Ereignis eintrifft.

Meist treten bei der Schockwirkung mehrere Symptome vereint auf. Mit der Taubheit kombiniert sich gern ein Verlust der Sprache. Taubstummheit liegt hier nur in Fall VI vor. Eine Sprachstörung, erwähnt bei Fall III, könnte denselben Ursprung haben. Sonst steht bei unsern Fällen die Taubheit isoliert. In diesem Zusammenhang erwähne ich eine Definition von Kehrer*), die er über die Beziehung der Taubstummheit zu dem Zustand der Attonität gibt: „Annähernd trifft es wohl das Richtige, wenn man von einer Auslöschung der Beziehungen zur Umwelt, dem Verlust der Ansprechbarkeit durch die Sinnesreize des menschlichen Verkehrs und der Aufhebung aller gedanklichen Verarbeitung der verschiedensten Aussen- und auch Innenreize spricht. Wenn wir sehen, dass auch die optische und die Ansprechbarkeit der übrigen nicht akustischen Sinnesgebiete hochgradig herabgesetzt ist, wird uns klar, dass die Taubstummheit nicht das Wesenhafte ist, vielmehr tritt sie nur deshalb hervor, weil sie sich in der Rückbildung am längsten konserviert und das Gehör die Eingangspforte des Schreckerlebnisses darstellte. Im Prinzip unterscheiden sie sich aber nicht wesentlich von den Erschütterungsstuporen, die nach Katastrophen auftreten, bei denen kein wesentliches oder ausschliessliches akustisches Trauma gesetzt wurde". Demnach hätten wir in der Taubstummheit die Fixierung von Symptomen vor uns, die zu dem Bilde der Attonität gehören.

Bei der Häufigkeit des Schockerlebnisses sind wir erstaunt, so wenig dem schweren Symptom der Taubheit zu begegnen, und dann begegnen wir ihm, wo eine derartige Schockwirkung nur gering sein kann, und auf geringe äussere Veranlassung der Hörausfall zustande kommt. Deshalb müssen wir uns fragen, ob

*) „Psychogene Störungen des Auges und des Gehörs".

nicht auch andere besondere Seelenzustände vorliegen, die derartige Folgen haben können. — Wenn so viele von demselben Erlebnis betroffen werden, und letzteres bei so wenigen zu dem schweren Symptom der totalen Taubheit führt, so ist vielleicht anzunehmen, dass in diesen Fällen der Taubheit ein Weg gebahnt ist, auf dem sie sich einschleichen kann, dass in der Psyche des Mannes etwas existiert, das dem Auftreten des Symptoms entgegenkommt. Wir müssen demnach nach dem Moment suchen in der Seele, das die kortikale Vertretung für das Hörvermögen zu einem locus minoris resistentiae macht.

Betrachten wir den Zustand, in dem sich der Mann im Augenblick der Schockwirkung befindet. In vielen Fällen sind starke seelische Erschütterungen vorhergegangen, lang anhaltendes Trommelfeuer mit seiner psychisch zermürbenden Wirkung oder andere Ereignisse, bei denen einem in der Tat „Hören und Sehen“ vergehen kann. Das Ohr ist die offene Tür, durch die hauptsächlich diese Erlebnisse in die Psyche einziehen. Dauernd ist das Gehör auf den Abschuss, das Heulen, Zischen, Pfeifen und Einschlagen der drohend ankommenden Granaten gerichtet, durch das Ohr werden die entsetzlichen Eindrücke der Schlacht der Seele vermittelt. Die Nerven sind im Zustand äusserster Spannung, das Grauen hat in der Seele Platz ergriffen, die Psyche ist zermürbt, und nur ein Gedanke hat noch Raum in ihr: „nur nichts mehr hören und sehen!“ In dieser Verfassung trifft den Mann das Schreckerlebnis, und es ist nur zu begreiflich, dass bei der meist an sich schon affektiven oder jetzt nervös erschöpften und nun widerstandslosen Psyche der ihn treffende mächtige Affekt zusammenwirkend mit der wunschbetonten Vorstellung des „nicht mehr hören wollens“ seine suggestive Wirkung

ausübt und zur vollständigen Absperrung des Hörvermögens führt. Es bedürfte nur einer vielleicht geringen Steigerung, eines geringen Anstosses, um aus den Syndromen der Schockwirkung das Symptom der Taubheit hervortreten zu lassen. Wir können diesen Zustand mit der Erwartungsspannung vergleichen. Wie oben die Schreckwirkung die nervöse Widerstandskraft rapid zum Sinken bringt, sinkt sie hier allmählich infolge des psychischen Spannungszustandes und steht schon tief, wenn das das Symptom auslösende Moment eintritt. Hierbei ist es erklärlich, dass dies Moment nur unbedeutend zu sein braucht, um eine stärkste Wirkung zu erzielen. (Siehe Kurve!)

Kann ferner nicht schon lange vor dem Schreckerlebnis oder vor dem akustischen Trauma etwas in der Psyche des Mannes gewesen sein, das die Bereitschaft für den Verlust des Hörvermögens bedingt? Die Vorstellung eines möglichen Hörverlustes kann lange schon im Vorleben des Mannes eine Rolle gespielt haben durch Erfahrungen, die der Betreffende gemacht hat, sei es am eigenen Gehör oder dem anderer. Da kommen Erwägungen in Betracht, ob der Betreffende früher selbst eine Schwerhörigkeit oder Ohrverletzung gehabt hat, die in ihm die Angst vor Verlust des Hörvermögens erzeugt und genährt hat, ob die Berührung mit Tauben oder Schwerhörigen in engerem oder weiterem Kreise, eine Ohrverletzung oder Ertaubung bei einem Kameraden für ihn ein affektbetontes Erlebnis bedeutet hat, das ihm den Gedanken, einmal selbst taub zu werden, eingeflösst hat. In diesem Zusammenhang ist ein Fall erwähnenswert, den Kehrer in seiner Arbeit ausführt: Ein Lehrer, früher hörgesund, wird nach Granatschreck taubstumm. In der Anamnese findet sich die Bemerkung, dass er im Seminar neben einer Taub-

stummenanstalt gewohnt hat. Kehrer denkt an die Möglichkeit einer Nachahmungshysterie. Wenn auch für letztere bei unsern Fällen keine Anhaltspunkte da sind, so ist doch ein Zusammenhang mit solchen oder ähnlichen Tatsachen nicht von der Hand zu weisen, und wenn wir bei Fall IV lesen, dass M. früher am Ohr behandelt worden ist, ohne dass er schwerhörig war, so sind solche Angaben für die Beurteilung der Entstehung eines psychogenen Symptoms nicht gleichgiltig. — Es ist auch daran zu denken, ob im Beruf des Mannes das Gehör eine besondere Rolle spielt, ob es darin einer besonderen Gefährdung ausgesetzt ist, wie z. B. bei Arbeitern in lauten Betrieben, oder ob es sich um einen Berufsmusiker handelt, für den der Verlust des Gehörs die Aufgabe seines Berufes bedeutet, oder auch, ob für einen das Gehör die Quelle besonderen Lebensgenusses ist, für einen Musikliebhaber z. B., alles Umstände, die geeignet sind, auf das Gehör hinzulenken und den angstbetonten Gedanken an einen möglichen Verlust des Gehörs bewusst oder unbewusst rege zu halten. Zu derartiger Vorstellung braucht nur noch der Affekt, den das besondere Erlebnis bei der Entstehung des Symptoms mit sich bringt, zu treten, und die suggestive Vorstellung zu unterstützen, und wir erleben die hysterische Umsetzung der affektbetonten Vorstellung in die Wirklichkeit.

Es ist schwer zu sagen, welche Art der Entstehung bei dem einen oder andern Fall Anwendung findet; denn die Krankenberichte sind im grossen und ganzen gleichlautend und enthalten keine Anhaltspunkte, und objektive Feststellungen über komplizierte Seelenzustände oder seelische Vorgänge von den Leuten zu erlangen, dürfte nicht möglich sein.

In den meisten Fällen (Fall II bis VI) trat sofort nach dem Granateinschlag Bewusstlosigkeit ein, die Stunden bis Tage dauerte. Beim Erwachen aus ihr war totale Taubheit vorhanden. In diesem Zustand muss sich also das Symptom fixiert haben. Wir wollen für eine Reihe von Fällen die affektbetonte Vorstellung einer gefährlichen Verletzung, hier also des Hörverlustes als wesentlich für das Auftreten des Symptoms ansehen. Nun sind Vorstellungen im gewöhnlichen Sinne aber nur im Bewusstsein möglich, demnach wäre es ausgeschlossen, dass wir eine Entstehung des Symptoms als Realisierung der Vorstellung von ihm annehmen können. Wir haben nun die Kenntnis, wie schon erwähnt, von der Wirksamkeit unterbewusster Vorstellungen. Im Unterbewusstsein geht etwas vor sich, das wir Vorstellung nennen würden bei bewusster Kontrolle. Wir wissen ferner, dass z. B. der hysterische Bewusstseinsverlust kein vollkommener ist, sondern nur ein Erlöschen des Oberbewusstseins. Wir haben es mit einem Dämmerzustand zu tun, bei dem die Bewusstseinshelle eingeschränkt ist, mit einer Verdrängung des Wachbewusstseins. Die Zeit der hysterischen Bewusstlosigkeit ist ausgefüllt mit traumhaften Erlebnissen. Wenige, aber charakteristische Angaben habe ich diesbezüglich von meinen Patienten erheben können. Einer behauptete: „Ich habe, als ich bewusstlos war, alles wahrgenommen, was um mich vorging, aber ich bin mir dessen nicht bewusst geworden". Ein zweiter sagte: „Es war mir so, wie wenn ich geträumt hätte". Eine dritte Bemerkung entnehme ich aus der Arbeit von Pflug*), die Aussage eines Kunstakademikers: „Also seit dem Artilleriefeuer in Frankreich bis zur Fahrt nach Österreich waren zwei Wochen verflossen — für

*) „Kriegserfahrungen über psychogene Taubheit und Stummheit."

mich ein grosses Loch —; ich glaube zeitweise geträumt zu haben: viele Gesichter, viele Landschaften und Betten kamen da vor". — Liegt wirkliche Bewusstlosigkeit vor — und das ist nicht auszuschliessen in Fällen, wo es sich um schwere mechanische Insulte handelt — so müssen wir eben bedenken, dass ihre Tiefe ja wechseln kann, und dass die Psyche auf das Erwachen zu in einen Zustand zwischen Wachen und Bewusstlosigkeit, in dem wir ebenfalls wieder die Bildung von Assoziation annehmen können, gerät. Was der Mann Bewusstlosigkeit nennt, ist oft vielleicht auch nur der Zustand der Attonität, über den Kehrer schreibt, dass aus der zentralen Störung, die die Stiftung von Assoziationen verhindert und mehr minder zur völligen Gedankenleere führt, wohl zu erklären ist, dass nach der Heilung die Rückerinnerung den Zustand ganz summarisch als einen verschwommenen Traumzustand charakterisiert. Den Leuten mag sich dieser Zustand eben als Bewusstlosigkeit darstellen.

Nehmen wir ein Symptom als hysterisch, respektive psychogen an, so suchen wir in der Aufdringlichkeit des Symptoms, mit der es sich präsentiert — ich denke an einen theatralischen Schütteltremor oder an eine ebensolche Lähmung —, in anderen begleitenden hysterischen Symptomen oder Stigmata, einem neuro- oder psychopathischen Befund oder auch einer neuro- oder psychasthenischen Veranlagung eine Bestätigung für den psychogenen Charakter des Symptoms. Tatsächlich gelingt es uns in den meisten Fällen unschwer, in der Psyche solche Anhaltspunkte zu finden, wie z. B. bei Fall VI und später zu beschreibenden Fällen, wo das ganze andere Krankheitsbild und die ganze Persönlichkeit auf die Art des Leidens hinweist. Suchen wir bei unsern Fällen nach solchen Anzeichen

einer neuro- oder psychopathischen Veranlagung, so dürften wir, bis auf Fall VI, wenig Glück haben; die Nachfragen bei den zuständigen Heimatsbehörden ergaben keine Anhaltspunkte für persönliche Abweichungen in der Konstitution der Psyche noch für erbliche Belastung. Die Krankenberichte enthalten nur vereinzelte, geringfügige Beobachtungen über psychische Unregelmässigkeiten, doch müssen wir Bemerkungen wie bei Fall I und III „Nach dem ganzen Verhalten des Mannes hat man den Eindruck, dass es sich um ein psychogenes Leiden handelt“ oder Angaben über sonderbares Gebahren wie in Fall IV für das Verständnis der psychischen Reaktion schon bewerten, und das umsomehr, weil die Abweichungen z. T. in Lazaretten die Aufmerksamkeit erweckt haben, in denen man an sich wenig auf die Beobachtung der Psyche eingestellt und von selbst aufmerksam auf den psychischen Zustand des Patienten geworden war. Im allgemeinen dürften derartige vereinzelte Beobachtungen nicht genügend sein, um eine wesentliche Stütze für die Diagnose zu bedeuten. Anders ist es bei Fall VI, wo das ganze Wesen, auch andere körperliche Symptome den Mann direkt hysterieverdächtig machen. Er stellt schon einen Übergang dar zu den später zu beschreibenden Vollhysterikern, da sich bei ihm deutliche andere hysterische Reaktionen zeigen, denen auch das ganze Wesen des Mannes entspricht.

Bei den meisten der bisher berichteten Fälle haben wir eine eigentlich psychopathische Konstitution nicht festgestellt. Allerdings sind die Verhältnisse in unserem Lazarett zu einer zuverlässigen Ermittlung einer solchen nicht geeignet. Nach unsern Erfahrungen müssen wir es für das richtige halten, die uns zugewiesenen Patienten alsbald zu behandeln und womöglich ganz

wiederherzustellen. Wir dürfen das auch ohne Bedenken tun, da die uns zugewiesenen Leute ja jedesmal schon von fachärztlicher und auch psychiatrischer Seite untersucht sind. Eine genaue Erforschung des psychischen Zustandes unserseits vor der Behandlung würde den Erfolg beeinträchtigen. Nachträgliche Erhebungen aber, nachdem die Heilung des Krankheitszustandes erreicht ist, sind gewöhnlich wenig erfolgreich, weil eben das Wesen des Patienten sich durch die erfolgreiche Therapie vollständig ändert. Durch die Therapie wird ja nicht nur eine Heilung des körperlichen Symptoms erzielt, sondern es findet ja auch — und das ist ein Wesentliches bei der Behandlung — eine erhebliche Umstellung der Psyche statt, infolge deren nicht allein der kortikale Defekt, der das Einzelsymptom betrifft, verschwindet, sondern auch die übrigen psychopathischen Zustände resp. ihre Projektionen ins Somatische in den Hintergrund treten. So begegnen uns die Patienten nach der Behandlung meist ohne die psychischen Auffälligkeiten und in der alten Verfassung, in dem sie vor dem Leiden waren.

Dass wir so wenig Auffallendes in dem Äussern des Wesens finden, besagt keineswegs, dass der Mann bar jeder hysterischen oder neuropathischen Züge ist. Würde man den Mann im bürgerlichen Alltagsleben und genauer und länger beobachten können, als es hier möglich ist, würde sein wahres Wesen vielleicht deutlicher zum Vorschein kommen, während die nivellierende Macht der Uniform und hier im besonderen der streng militärische Ton der Lazarettbehandlung die Psyche verdeckt. Gerade einzelne der vorliegenden Fälle, wo meist scheinbar kein pathologischer Befund festzustellen ist, könnten ja dafür sprechen,

dass eine Disposition nicht immer durch eine konstitutionelle Veranlagung bedingt zu sein braucht, dass, wie Nonne unter anderm annimmt, eine solche Disposition erworben sein kann, etwa durch Überanstrengung oder seelische Erschütterung etc. Nach Lewandowski*) muss aber fast immer eine hysterische, konstitutionelle Disposition als zu Grunde liegend angenommen werden, ohne dass dabei bestritten wird, dass eine Reihe von mehr oder weniger das Nervensystem dauernd schädigenden Momenten eine Disposition zu hysterischen Reaktionen setzen kann. Die Erfahrung lehrt auch, dass Hysterie meist als Folge nervöser Belastung auftritt. Kehrer nimmt im Speziellen für die psychogen bedingten Hörausfälle an, dass sich Taubstummheit und Taubheit regelmässig nur auf dem Boden irgendwie nachweisbarer psychasthenischer oder hysterischer Anlagen entwickeln. Für eine konstitutionelle Veranlagung würde nach meiner Ansicht auch die Tatsache sprechen, dass unter den vielen Tausenden, die unter den gleichen Bedingungen leben, denselben Gefahren und Strapazen, denselben Schockwirkungen und Angstzuständen ausgesetzt sind, bei denen also die Disposition die gleiche ist, verhältnismässig so wenige einer hysterischen Reaktion verfallen. Man fragt sich, wenn durch derartige Momente eine solche Disposition gesetzt wird, warum denn nicht mehr totale Taubheiten auftreten.

Wenn wir im allgemeinen auch sagen müssen, dass wir wenig fanden, das die Persönlichkeiten schon äusserlich als besonders psychopathisch veranlagt oder ausgesprochen hysterisch charakterisiert hätte, so können wir doch eine psychopathische Konstitution

*) „Die Hysterie."

nicht ausschliessen. — Wenn evidente Hinweise auf die Art des Leidens fehlen, so mögen sich daraus Schwierigkeiten für die Diagnose ergeben, und es ist verständlich, dass, besonders wenn noch eine Läsion hinzukommt, oder überhaupt ein organischer Befund, der seelische Ursprung des Leidens leicht verkannt wird. Wir sehen aber an dem Verlauf des Leidens bei den vorliegenden Fällen, dass wir uns nicht durch den Mangel einer auffallend psychopathischen Komponente irre machen lassen dürfen und in allen Fällen, in denen keine ausreichende organische Basis für die Taubheit nachzuweisen ist, an einen psychogenen Ursprung denken müssen.

Bei Ausschluss organischer Schwerhörigkeit und bei dem Mangel an hervorstechenden hysterischen Merkmalen ist der nächste Gedanke der an Simulation. Übersehen wir kurz den Weg, der den Otiater mit annähernder Sicherheit eine organische Taubheit ausschliessen lässt und ihn zur Annahme einer psychogenen oder simulierten Taubheit führt. Ist die Hörprüfung für Sprache und Töne negativ ausgefallen, bleiben die verschiedenen Methoden zur Prüfung des Vestibularapparates. Ausser ihnen stehen neuere Verfahren zur Prüfung einer etwa vorhandenen Schallapperzeption bei totaler Taubheit zur Verfügung — sie allein ist hier in Betracht gezogen —, und das ist die Prüfung der psychogalvanischen Reaktion von Albrecht und der Psychopupillarreflex. Über die Zuverlässigkeit beider gehen die Ansichten auseinander.

Haben die Prüfungen gezeigt, dass ein organisches Ohrleiden mit grosser Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist, ist man berechtigt, an simulierte oder psychogene Taubheit zu denken. Zwischen diesen beiden eine richtige Differenzialdiagnose zu stellen,

bietet die grössten Schwierigkeiten, und es ist oft unmöglich, das eine oder andere auszuschliessen, zumal wenn bewusste oder unbewusste Absperrung nebeneinander besteht.

Bei der Beurteilung von Simulation von totaler Taubheit sind wir mehr als bei der einfachen Schwerhörigkeit auf die allgemeine Beobachtung des Verhaltens und Wesens angewiesen; aus den Prüfungsmethoden für Sprache und Töne einen Schluss auf Simulation zu machen, ist bei total Tauben kaum möglich, weil sie ja für alle Untersuchungsmethoden unzugänglich sind. Deshalb dürfte totale Taubheit und hochgradige Schwerhörigkeit auch leichter und öfter simuliert werden, als geringgradige Schwerhörigkeit. Für Beurteilung letzterer spielen die Hörprüfungen durch Sprache und Töne eine grosse Rolle, aber auch für sie sind sie nicht beweisend, weil widerspruchsvolle Resultate sich auch bei psychogener Schwerhörigkeit ergeben.

Direkte, auf der Hand liegende Beweise für Simulation dürften selten sein; dafür ist der Simulant im allgemeinen zu gerissen, als dass er sich auffallende Blössen gibt. Trifft man vereinzelt auf sie, so wird keiner anstehen, sie für Simulation höchst verdächtig zu halten, z. B. wenn jemand bei der Untersuchung jede akustische Wahrnehmung sperrt und plötzlich bei einer Unterhaltung mit seinen Kameraden ertappt wird. Doch ist hier zu bedenken, dass es bei Hysterikern keine ungewöhnliche Erscheinung ist, dass sich im Affekt, in der Emotion die Sperre für Momente oder auch länger öffnen kann, analag dem Fall, den Lewandowski erwähnt, bei dem eine Hysterika sich morgens stundenlang mit dem gelähmten Arm frisieren konnte, während sie die übrige Zeit unfähig war, den Arm auch nur zu heben.

Fehlen solche groben Indizien, dann sind wir darauf angewiesen, alle Verdachtsmomente zu beachten, zu sammeln, vorsichtig abzuwägen und aus ihrer Zusammenstellung das Fazit zu ziehen. Hierbei bedarf es genauer Beobachtung des Patienten, und es dürfte Sache mehr des Psychiaters als des Otiaters sein, zu bewerten, was für Simulation und was für Hysterie spricht. Es ist versucht worden, gewisse Erscheinungen als typisch für Simulation hinzustellen. So hat Auerbach gewisse Anzeichen als charakteristisch für Simulation angegeben. Er sagt: Der Simulant hat das Bestreben, seine vorgebliche Schwerhörigkeit nach Möglichkeit hervortreten zu lassen, während der wirklich Schwerhörige sich bemüht, sein Leiden möglichst zu verdecken. Insbesondere ist dem Simulanten ein scheues Ausweichen vor jeder Unterhaltung eigen. Ferner findet sich eine auffallende Fertigkeit im Ablesen vom Munde, dann ist bezeichnend die Ableugnung jeglicher Hörreste. Die von Simulation unterscheidenden Merkmale für Hysterie sieht er in dem natürlichen, ungezwungenen, unverdächtigen Verhalten des Patienten und sonstigen Zeichen von Hysterie. Solche Merkmale, wie Auerbach sie angibt, mögen in vielen Fällen Anhaltspunkte für Simulation bieten, doch können sie auch bei psychogener Taubheit vorkommen, z. B. ist das gute Ablesen vom Munde ebenso häufig bei psychogen Schwerhörigen, sodann ist es nichts auffallendes, wenn der Hysteriker auch sein Symptom zur Schau trägt, die Ableugnung jeglicher Hörreste findet sich, wie Auerbach selbst zugibt, und wie wir bei unsern Fällen sehen, auch bei psychogen Tauben, resp. Hysterikern. Auch von anderer Seite sind solche typischen Erscheinungen zusammengestellt worden. Im allgemeinen dürften derartige Symptome

nur im Rahmen des Ganzen zu bewerten sein, während sie im einzelnen den rechten Weg weisen können, aber kaum beweisend sein dürften. Im ganzen darf man sagen, dass es längerer Beobachtung bedarf, die rechte Diagnose zu stellen, und dass eine Anzahl stichhaltiger Momente nötig sind, um sagen zu können, es liegt eine simulierte und keine psychogene oder hysterische Taubheit vor. Wie schwierig es ist, den rechten Standpunkt einzunehmen, beweist, dass einerseits Auerbach mehr zur Annahme von Simulation neigt — er berücksichtigt aber wenigstens die Hysterie —, Alexander*) in Wien die psychogene Schwerhörigkeit fast ganz ignoriert, und im Gegensatz zu ihnen und vielen anderen Professor Kümmel aus Heidelberg seinen Standpunkt ganz zu Gunsten des Psychogenen einnimmt und Simulation nur annimmt, wo ganz positive Beweise vorhanden sind.

Da in unserm Lazarett die Patienten nach der Aufnahme und anschliessenden Untersuchung sofort behandelt werden, so bleibt uns wenig Zeit zu einer für den Nachweis der Simulation notwendigen Beobachtung. Es bleibt uns nur die Zeit während der Untersuchung und während der Behandlung, selten nach der Behandlung, also in den seltenen Fällen, wo diese zu keinem Resultat führt. Wir sind in der Beurteilung der Simulation zum grossen Teil auf das Urteil des Otiaters angewiesen, bei dem der Patient vorher in Behandlung war. — Was uns den Gedanken an Simulation bei unsern Fällen ausschliessen lässt, ist folgendes: Wir finden in den vorhergehenden Krankenblättern nichts von einem Verdacht auf Simulation. Die Leute sind wiederholt von fachkundiger

*) „Die Simulation von Ohrenkrankheiten." Wiener Klinische Wochenschrift, Mai 1916.

Seite untersucht worden, wo sicherlich der Gedanke an bewusste Vortäuschung berücksichtigt worden ist, aber die Untersuchung und Hörprüfung haben kaum etwas Verdächtiges ergeben. Nur in Fall IV wurde einmal die Beobachtung gemacht, dass Patient sich einmal mit seinem Kameraden unterhielt. Das dürfte sehr für Simulation verdächtig sein. Beweisend dafür ist es aber nicht; denn einerseits ist es möglich, dass bei der einmaligen Beobachtung diese falsch gewesen sein kann — es kann vielleicht doch ein Ablesen vom Munde vorgelegen haben —, ferner kann bei dem psychogenen Symptom unter besonderen Umständen die Sperre, wie schon erwähnt, in der Emotion sich vorübergehend geöffnet haben.

Hier darf ich vielleicht die Erfahrungen angeben, die in unserem Lazarett bei Simulanten gemacht worden sind. Abgesehen von der allgemeinen Beobachtung des Wesens haben wir ein besonderes Kriterium im Verlauf der Therapie, die für den Simulanten und Hysteriker sich wesentlich verschieden gestaltet. Die Blössen, die schon bei der gewöhnlichen Hörprüfung den Simulanten kennzeichnen, treten bei der Therapie, wo der Mann in seiner Aufmerksamkeit ermüdet wird und sich leicht durch überraschende Vorgänge bei der erlahmten Spannkraft beeinflussen lässt, viel deutlicher zu Tage. Häufige Erscheinungen bei der Behandlung von Simulanten sind z. B.: Die Verweigerung jeglicher Suggestion von vornherein, Aussagen wie: Die Einspritzung helfe doch nichts, das Gehör sei vollständig unheilbar usw., Reaktionen auf scheinbar unabsichtlich und nebenbei gestellte Fragen und Befehle, das richtige Nachsprechen der Reizworte in Momenten, wo der bewusste schlechte Wille abgelenkt ist. Ferner ist das nachträgliche Verbessern resp. das nachträglich

Falschnachsagen häufig. Oft wird beobachtet, dass Worte schon mit dem Munde gebildet waren, dass aber dann eine falsche Reaktion erfolgt. Typisch ist, dass der Simulant das Reizwort nicht sofort nachsagt, sondern erst nach Sekunden und erst auf eine Schmerzapplikation hin. Die Behauptung des Simulanten, er habe abgelesen, wenn er richtig nachsagt, ist ebenfalls eine häufige Erscheinung. Im ganzen Benehmen des Mannes drückt sich der schlechte Wille aus, man fühlt deutlich durch, wie er sich absichtlich verschliesst. Während der wirklich Schwerhörige sich über den Erfolg der Behandlung freut — auch der heilungsunwillige Hysteriker trägt wenigstens einen freudigen Affekt zur Schau — erleben wir beim Simulanten durchweg keine freudige Affektäusserung, im Gegenteil oft eine Äusserung des Unmuts. Der Hysteriker ist im Allgemeinen leicht umzustimmen, was nicht ausschliesst, dass wir auch Fälle aufzuweisen haben, in denen die Therapie auch bei ihnen eine bittere Arbeit war, doch durchschnittlich führt die Behandlung des seelisch Tauben in kurzer Zeit zum Ziele. Bei den Taubheiten oder auch Schwerhörigkeiten, bei denen die Behandlung kein Resultat hatte, hatten wir fast ausnahmslos die Überzeugung gewonnen, dass es sich um Simulation handelte; bei ihnen traten gewöhnlich viele Verdachtsmomente zu Tage, die den Eindruck der Simulation verstärkten. Der Simulant, der so lange hartnäckig und gerissen sein Symptom durch so viele Lazarette getragen und oft sachkundige Beobachter hatte täuschen können, gibt sein Symptom auch bei intensiver Schmerzwirkung nicht auf, oder es bedarf mühevoller Arbeit, bis es gelingt, den Hartnäckigen zum Verstand zu bringen. Oft ist man gezwungen andere Wege zu gehen. Ich darf hier er-

wähnen, dass wir uns angewöhnt haben, in der Behandlung der Simulanten einen anderen Weg als bei psychogenen Schwerhörigen einzuschlagen. Bessere Erfolge haben wir dabei im allgemeinen erzielt, wenn wir den Mann in dem Glauben liessen, dass wir ein schweres Leiden bei ihm annehmen und nicht durch Verdächtigungen und brüske Therapie den Mann zum Widerstand reizten und ihn in seiner Hartnäckigkeit bestärkten. Zu gleicher Zeit eröffnen wir ihm aber, dass sein Leiden heilbar sei, ergreifen suggestive therapeutische Massnahmen und bauen dem Simulanten auf diese Weise eine Brücke, auf der er sich unverdächtig in die Gesundheit zurückziehen und den üblen Folgen der Simulation entgehen kann.

Von den angegebenen Verdachtsmomenten lag bei unsern Patienten keines vor, auch gestaltete sich die Therapie einfach und mühelos, so dass bei kaum einem ein Simulationsverdacht angebracht war.

Was den Verlauf angeht, den im einzelnen die Patienten gegangen sind, so finden wir bei Fall III und IV den in der Einleitung angegebenen Weg, eine nicht lange Behandlung in der Ohrenklinik und eine bald erfolgende Einweisung in ein entsprechendes Neurosenlazarett, wo sie bald zur Heilung kommen. Auch bei Fall I wurde bald der richtige Weg gefunden.

Anders ist es bei den übrigen Fällen. Trotzdem frühzeitig die Diagnose: Psychogene Taubheit gestellt worden war, wird Patient in Fall II zu einem Ableseunterricht kommandiert, in dem er der beste Schüler ist, eine bei psychogen Tauben bekannte Erscheinung. Es wird also ein Weg eingeschlagen, der denkbar geeignet ist, das Symptom noch mehr zu fixieren, indem man ärztlicherseits ihm entgegenkommt, dem Manne

den Glauben beibringt, dass sein Gehör wirklich verloren sei, und er nunmehr eine andere Art der Verständigung für den sozialen Verkehr erlernen muss, und so der Patient immer mehr von dem Gebrauch seines Gehörorgans abgebracht wird. Dasselbe finden wir bei Fall VI, wo der Patient, der taubstumm ist, an einem Taubstummenunterricht teilnimmt. Da nach dem ärztlichen Urteil bei letzterem eine Weiterbehandlung seiner Taubheit ergebnislos erscheint, wird er zudem mit 75 % Rente (!) entlassen, bekommt also das Attest eines schweren Leidens mit auf den Weg. Auffallend ist, dass bei dem klaren Bild der Hysterie, das sich uns bietet, an der Diagnose: „Labyrinthäre Taubheit" festgehalten, psychogene Taubheit kaum in Betracht gezogen und eine Psychotherapie für aussichtslos gehalten wird. Am 30. I. 18 wird die richtige Diagnose von Professor Kümmel gestellt und Patient in unserm Lazarett vollständig zur Heilung gebracht. Der Patient in Fall IV, bei dem ein grosser zentraler Trommelfelldefekt einen guten Teil des Leidens als organisch annehmen liess, wird ebenfalls im November 1915 mit 60 % Rente entlassen, seine Taubheit wird aber nach 1¼ Jahr nach dem Urteil derselben Klinik als psychogen erkannt, Patient deshalb in unser Lazarett eingewiesen und bald von seinem Leiden befreit.

Bei dem Fehlen anderer hysterischer Merkmale fragt es sich, ob wir berechtigt sind, in engerem Sinne von Hysterie zu sprechen oder ob wir nur von einer psychogenen Entstehung reden dürfen. Ich glaube, die Entstehungsart und das absolute Missverhältnis des organischen Befundes zu der Schwere des Symptoms, auch das schwere Symptom an sich, erlaubt uns, von einer echt hysterischen Reaktion zu reden und zwar

in demselben Sinne, wie wir einen schweren Schütteltremor oder eine schwere Lähmung ohne jegliche organische Grundlage als hysterisch bezeichnen. Hier sehen wir den psychogenen Anteil in viel reinerer Form, als etwa bei den „Pfropfungsschwerhörigkeiten", bei denen auf eine schon vorhandene organische Schwerhörigkeit ideagen aufgepfropft wird, und die nach Kehrer psychogen auf ganz unhysterischem Wege entstehen können. So gut wie wir eine monosymptomatisch auftretende, funktionelle Lähmung ohne organische Grundlage als hysterisch betrachten, ohne zu fragen, ob der Mann sonst auffallende Stigmata der Hysterie aufweist, so gut haben wir das Recht, auch in diesen Fällen von Hysterie zu reden.

Während bei den vorhergehenden Fällen die Taubheit sofort nach einer Schreckwirkung verbunden mit einem mehr weniger grossen akustischen Trauma eintrat, sehen wir in den folgenden Fällen eine Schwerhörigkeit sich allmählich zur totalen seelischen Taubheit vertiefen.

FALL VII. Uffz. K., 40 Jahre alt, Weber.

Anamnese: Eltern beide tot. — Er selbst als Kind Scharlach und Diphtherie. Keine psycho- oder neuropathischen Erscheinungen. — War immer guter Schüler. Kein Berufswechsel. — Aktiv gedient 1896—98 ohne Beschwerden; 1905 Mittelohreiterung am l. Ohr. Seitdem kann er angeblich links etwas schlecht hören. — Kurz vor dem Krieg Quetschung der l. Brustseite durch ein Fuhrwerk.

31. VIII. 14 eingezogen zum Landsturm nach Donaueschingen. — 29. IX. bis 25. XI. wegen Brustbeschwerden im Res.-Laz. Donaueschingen als d.u. entlassen.

11. II. 15 wieder eingezogen nach Altbreisach. — 1. IV. 15 ins Feld (Westen). — 7. VI. 15 durch Minenexplosion Verlust des Gehörs. War bewusstlos 3 Tage lang, hat keine Erinnerung an diese Zeit. — In Lazarettbehandlung in Isenheim und Gebweiler, kam zur Begutachtung in die Ohrenklinik Freiburg, wo er am 31. VIII. 15 als

d.u. mit 50% Rente entlassen wurde. Urteil der Universitätsohrenklinik Freiburg: 8. VII. 15, rechts: Trommelfell gut, links: Hinten unten und vorn oben Narbe. Uhr: rechts nicht gehört, links am Ohr, in Knochenleitung nicht gehört. Flüstern beiderseits nicht gehört. Tonstrecke von c^1 bis fis^4 nicht gehört bei starkem Anschlag. Rechts für alle Töne taub. Stimmgabel (H) vom Scheitel aus nicht gehört. dagegen g^1 vom Scheitel kurz nach links gehört. Diagnose: Taubheit rechts (psychogen?), hochgradige Schwerhörigkeit links.

Arbeitete zu Hause als Landwirt. Verständigung dort nur durch Ablesen vom Munde. 21. IV. 17 eingezogen als a. v. H. zum I.-R. 114 Radolfzell. Konnte dort keinen Dienst machen. 19. XI. 17 ins Res.-Laz. VII. Heidelberg. Befund daselbst: R. Ohr im Gebiet des hinteren Quadranten unscharf begrenzte kalkige Trübung. L. Ohr: Hinter dem Umbo hirsekorngrosse, scharfbegrenzte, ovale, atrophische Narbe. Oberhalb dieser Narbe im Gebiet des hinteren oberen Quadranten, sowie unterhalb der Narbe Trommelfell von normaler Transparenz. — Nase: Crista septi rechts. Tuben: rechts für Luft durchgängig. Rachen o. B. Vestibularprüfung: auf beiden Seiten tritt nach Spülung mit etwa 120 ccm Wasser von 20° Nystagmus nach der Gegenseite und Schwindel ein. — Hörprüfung: K. gibt an, völlig taub zu sein. C = Stimmgabel angeblich weder durch Luft noch durch Knochenleitung gehört, selbst lautes Schreien nicht gehört. Will sich nur durch Ablesen der Sprache von den Lippen verständigen. K. liest ziemlich gut ab, er liest aber auch ab, wenn der Untersucher während des Sprechens eine Zigarre im Munde hält. Es lässt sich auch feststellen, dass er die Stimmgabel c durch Luftleitung beiderseits mindestens 60 Sekunden lang hört. — Psychophysischer Pupillarreflex gut auslösbar. Bei der Untersuchung benimmt sich K. gewollt unaufmerksam, starrt wie teilnahmslos in eine Ecke, reagiert erst, wenn die an ihn gerichtete Frage mindestens einmal wiederholt wird. Auch wenn man ihn anstösst, um seine Aufmerksamkeit zu erregen, reagiert er sehr langsam oder erst das zweite Mal. Auf Anordnung des fachärztlichen Beirates Professor Kümmel nach Hornberg verlegt.

Reservelazarett Schloss-Hornberg. Untersuchungsbefund: Mittelgrosser, kräftiger Mann, in gutem Ernährungszustand. Ruhiges, etwas phlegmatisches williges Wesen, ordentliches Benehmen. Ohren: An beiden Trommelfellen narbige Veränderungen. Maximales Schreien dicht an beiden Ohren wird nicht gehört. K. liest gut vom Munde ab. Nadoleczny positiv. — Neurologischer Befund o. B. Wird sofort durch Psychotherapie von seiner Taubheit befreit. Leise Flüstersprache in 7 m Entfernung gehört.

Epikrise:

Bei K. finden wir in der Anamnese eine Mittelohreiterung, die vor zwölf Jahren aufgetreten, dann aber nicht mehr rezidivierte, deren Folge angeblich eine linksseitige, geringgradige Schwerhörigkeit war. Ziehen wir aus dem Erfolg der Therapie einen Schluss auf das frühere Hörvermögen vor der Minenexplosion, so kann die Hörstörung nicht bedeutend gewesen sein. Die Nachfrage nach seiner früheren Schwerhörigkeit bei der Heimatbehörde ergab denn auch ein negatives Resultat. Haben wir vorher die Möglichkeit angenommen, dass eine lange vor dem Eintritt der Taubheit genährte Vorstellung eines möglichen Hörverlustes bei der Entstehung des Leidens selbst wirksam sein kann, so könnten wir das alte Leiden in diesem Sinne bewerten und in dem affektbetonten Erinnerungsbild den psychischen Infekt für das spätere Leiden sehen. Nach einer Minenexplosion tritt hochgradiger Verlust des Gehörs, fast totale Taubheit ein. Der Befund der Freiburger Ohrenklinik ergab damals keine frische Läsion, sondern nur alte Narben am linken Trommelfell. Die Explosion ist also wohl ohne erheblichen organischen Schaden für das Ohr gewesen. Es dürfte eine Entstehungsursache anzunehmen sein, wie in den vorher beschriebenen Fällen; es dürfte das typische Bild der psychogen fixierten Schwerhörigkeit nach Granatexplosion vorliegen oder die Realisierung einer im Bewusstsein oder Unterbewusstsein bestehenden Vorstellung eines Hörverlustes in psychogener Weise. Auffallend ist, dass das rechte ungeschädigte Ohr, das total taube ist, während auf dem linken, früher kranken Ohr laute Sprache gehört wird. Würde man annehmen können, dass das frühere Ohrleiden auf dem linken Ohr doch eine in Betracht kommende Un-

empfänglichkeit für akustische Eindrücke hinterlassen hat, könnte man an die Möglichkeit denken, die Kehrer annimmt, dass nämlich ein schon geschädigtes Hörorgan weniger einem akustischen Trauma ausgesetzt ist, als ein vollständig gesundes, doch mag auch die Richtung der Schallwirkung oder überhaupt die Art des Insultes besonders das rechte Ohr getroffen haben. Es wurde damals schon die Diagnose „Psychogene Taubheit“ in Betracht gezogen. Mit der Diagnose: „Taubheit rechts, hochgradige Schwerhörigkeit links“ wurde K. als d. u. entlassen. 1 3/4 Jahr später wird K. wieder eingezogen. Der Rest seines Hörvermögens ist vollständig verloren gegangen, Patient ist total ertaubt. Was ist vor sich gegangen? K. ist mit 50 % Rente und Verstümmelungszulage als d. u. entlassen worden. Er hat die fachärztliche Bestätigung und damit die Gewissheit eines schweren unheilbaren Ohrleidens mit sich genommen. Das dürfte ein wesentliches und recht geeignetes Moment sein, ein Symptom, wenn es nicht schon fixiert war, zu fixieren. Rentenbegehrungsvorstellungen mögen ausserdem den Gesundungswillen dabei beeinflusst haben. Der Mann hat sich in den Gedanken an sein verlorenes Gehör allmählich ergeben. Der Rest des Gehörs reichte kaum zu einer Verständigung im sozialen Verkehr aus, und so mag sein Verschwinden bei der phlegmatischen und bäuerisch indolenten Psyche sich rein aus dem Nichtgebrauch erklären (Kehrer), und die Taubheit, zu der es nur ein kleiner Schritt ist, mag sich auf den geringeren Hörausfall ideagen aufgepfropft haben. Zu denken ist auch an eine Reaktion auf die Wiedereinstellung und die militärischen Verhältnisse, in die er trotz seiner Schwerhörigkeit wieder gezwungen wird. Er nimmt seine Zuflucht zur vollständigen Absperrung seines Hörvermögens.

Diese Auffassung würde jedoch der Tatsache widersprechen, dass er auch während seines Heimataufenthaltes nicht den geringsten Gebrauch von seinem Hörvermögen machte. Noch ein Drittes ist denkbar; während bei dem letzten Befund das rechte Trommelfell vollständig frei war, weisen spätere Befunde an beiden Ohren narbige Veränderungen auf, wonach die Annahme einer neuen Ohrläsion möglich ist, die einen neuen Infekt gesetzt und so die Schwerhörigkeit zur Taubheit gesteigert haben kann.

Das Wesen des Mannes bietet keine Anhaltspunkte für ein psychogenes Ohrleiden; kein hysterischer Zug, keine neuropathischen Abweichungen, ein ruhiges, etwas phlegmatisches Wesen. Auch hier ergab die Nachfrage bei der Heimatsbehörde nichts, das auf eine abweichende psychische Konstitution schliessen lässt, auch keinerlei familiäre Belastung.

Widersprüche in den Resultaten der Hörprüfung und Auffälligkeiten in dem Verhalten bei der Prüfung mahnen auch hier an Simulation, doch sind es auch wieder Erscheinungen, die auch bei psychogen Hörgestörten vorkommen. Hören wir, dass seine Taubheit auch daheim in derselben Stärke bestanden hat, und sich dort nichts Verdächtiges ergeben hat und ziehen wir sein übriges Verhalten in Betracht, so dürfte doch ein Simulationsverdacht nicht berechtigt sein.

Im vorliegenden Falle hätten wir also eine Schwerhörigkeit mittleren resp. schweren Grades vor uns, die sich durch ideagene Einflüsse zur vollständigen Taubheit gesteigert hat.

FALL VIII. Musketier N., geboren 25. XII. 94, Polierer.

Anamnese: Vater seit Kindheit ohrleidend, Mutter gesund Geschwister gesund. Er selbst angeblich stets gesund gewesen. Seit 6 Jahren ohrleidend. In dieser Zeit sei es manchmal besser, manchmal schlechter mit dem Gehör gewesen, sodass er monatelang ganz

gut und monatelang fast gar nichts hörte. Die Ursache der Schwerhörigkeit unbekannt. Verheiratet. 1 Kind. Nie geschlechtskrank, mässiger Alkoholgenuss.

August 1916 zum Heeresdienst eingezogen. Oktober 1916 ins Feld (Westen). — November 1916 Verschüttung durch Explosion einer Mine. — 11. XII. 16 Feldlazarett IX, XVI. A. K. Ohrbefund: am r. Trommelfell vorn vor dem Hammergriff eine kleine Narbe. L. Trommelfell normal. Bei verschiedentlich vorgenommenen Hörprüfungen stellt sich heraus, dass Patient sehr schwerhörig ist. Gewöhnliche Umgangssprache wird überhaupt nicht gehört. Stimmgabelprüfungen sind bei den ungenauen Angaben nicht gut zu machen.

Patient macht einen ganz merkwürdigen Eindruck. Sitzt oft ange Zeit und singt vor sich hin. Bei Untersuchung schwatzt er in einem fort. — Luft-Duschen haben keinerlei Erfolg. — Kriegslazarett Sport-Palast Sedan: R. Trommelfell etwas eingezogen, in der vorderen Hälfte bindegewebig verdickt. L. Trommelfell wenig eingezogen. Sonst o. B. Nase o. B. Granulierender, chronischer Rachenkatarrh. Das Benehmen des Mannes ist ein so sonderbares, dass eine psychiatrische Begutachtung angezeigt erscheint. Eine exakte Hörprüfung z. Zt. nicht möglich.

Kriegslazarett 1, 18. Abt. Torcy Sedan. Diagnose: Hysterie. Aufforderungen kommt er beinahe nicht nach. Es fällt aber auf, dass er die Aufforderung nachspricht, so z. B.: „Ausziehen"; „jawohl, ausziehen."

Res.-Laz. Niederlahnstein, Abt. Gesellenhaus. 1. I. 17. Mit dem Patienten kann man sich nur durch Gesten verständigen. Mit Ohrspiegel nichts Besonderes auf beiden Ohren festzustellen. Die Hörprüfungen ergaben völlige Taubheit auf beiden Ohren. Beim Sprechen ziemlich starke fibrilläre Zuckungen der Mund- und Stimmuskulatur, ebenso der Zunge. Pupillenreaktion träge. Kein Romberg. Starke Steigerung der Patellar- und Sehnenreflexe. — 4. 1. 17. Urteil: Der Musketier N. leidet an schwerer Hysterie, verbunden mit totaler Taubheit, die jede Verständigung ausschliesst. — Res. Laz. 6, Frankfurt a. M. 15. 1. 17. Verständigung nur durch Gesten. Patient spricht sehr erregt. Erscheint in eigentümlichem psychischem Zustand, leicht reizbar. — Res.-Laz. 6, Sommerhof: Patient sehr ängstlich, weicht bei der Untersuchung zurück. Wenn man ihn berührt, sucht er zu beissen. Leistet passiven Bewegungen Widerstand. Aufforderungen kommt er nicht oder kaum nach. Glaubt, man betrüge ihn. Urteil: Der Musketier N. leidet an ausgesprochen psychischen Störungen. — Res.-Laz. 4, Psychiatrische Universitätsklinik, Frankfurt a. M. Um die Schwerhörigkeit des N. beurteilen zu können, geht ein Wärter mit ihm in den Wald und sucht Beeren. Auf einige Meter Entfernung

schiesst dieser, ohne dass N. etwas davon sehen kann oder irgendwie vorbereitet wäre, hinter N. wiederholt in die Luft. N. reagiert in keiner Weise. Die Schwerhörigkeit sei durch das Geknall auf Alarmposten verschlimmert worden, während er seit 6 Jahren schon schwerhörig sei. Schwätzt viel mit einem Kameraden. Wollte ihm den Finger abbeissen. Sagte dabei, dann bekomme er auch Rente. Urteil: Es handelt sich um eine schwere Hysterie, die vorübergehend den Charakter einer Psychose gehabt hat. (Krankhaft gesteigertes Misstrauen mit Neigung zu Wutanfällen, zum Beissen etc.) Störungen im sozialen Verhalten dürften im allgemeinen nicht zu befürchten sein. Der Kranke beruhigt sich in der Regel schnell wieder durch vernünftigen Zuspruch, der mimisch oder schriftlich erteilt werden muss. — Ohrenbefund: L. Trommelfell retrahiert. Ausgeprägte hintere Hammerfalte, leichte Trübung im hinteren Abschnitt. Zwei punktförmige Reflexe in der Schrapnell'schen Membran, rechts starke periphere Trübung. In der Peripherie des ganzen Trommelfells, besonders im vorderen Abschnitt Andeutung von Retraktion mit geringer Ausprägung der hinteren Hammerfalte. Ebenfalls zwei punktförmige Reflexe in der Schrapnell'schen Membran. Nase beiderseits frei durchgängig. Pupillen regelrecht. Kein Nystagmus. Der r. Unterschenkel kann nicht vollständig gestreckt werden. Gezwungen geschehen die entsprechenden Bewegungen dazu nur stossweise und anscheinend unter grösster Mühe. Kein Romberg. Patellarreflexe beiderseits gesteigert. Funktionelle Hörprüfung ergibt: dass Patient auf sämtliche Prüfungsmethoden, die mit allen Mitteln hier vorgenommen wurden, absolut nicht reagiert. Auch eine Prüfung des Vestibularapparats ergibt bei der psychischen Erregbarkeit des Patienten kein Resultat. Bei der z. Zt. vorliegenden psychischen schweren Störung ist es nicht möglich, festzustellen, inwieweit bei der jetzt bestehenden Hörstörung die angeblich früheren Ohrerkrankungen beteiligt sind, oder ob dieselben nur durch die psychischen Störungen im Anschluss an das schwere, im Felde erlittene Trauma zu erklären ist.

Res.-Laz. Meierei Bolle 17. VIII. 17. Ableseunterricht.

Privatpflegestätte Maison de Santé 27. VIII. 17. Nach Aufregung, weil ihm ein Urlaub abgeschlagen wurde, verlor er die Sprache, kann aber jetzt etwas sprechen. Beim Versuch, zu sprechen, bringt er nur einige Laute heraus. Dabei bewegt er lebhaft die Mundmuskulatur.

Res.-Laz. Hornberg 22. IX. 17. Wird sofort durch Psychotherapie (Aufbaumethode) von seiner totalen Taubheit befreit. Hört Flüstersprache auf 5 m. Sprache frei. Überaus freches, disziplinloses Benehmen. Raucht im Krankenzimmer. Gegen den Wärter wird er aggressiv. Masochist? Sadist? — 25. IX. 17. Im Arrestlokal bei der Hörprüfung frechestes, disziplinloses Wesen. Aggressiv gegen den

Arzt. Bereut aber sofort. Wird ins Krankenzimmer zurückverlegt, um einer Psychose vorzubeugen. — 4. X. 17. Wird ruhiger, reagiert ab. — 19. X. 17. Bittet um Beschäftigung. Nimmt jetzt naives, ängstliches Wesen an. Spricht mit vibrierender Stimme. — 1. XI. 17. Gehör und Sprache normal. — 3. XI. 17. Voll erwerbsfähig in seinen Beruf entlassen. Als eines Tages ein Mann mit hochgradiger Schwerhörigkeit behandelt werden sollte, und N. zufällig im Behandlungszimmer ist, sagt er: „Herr Assistenzarzt, den könnte ich auch behandeln; wie ich durch Schreck das Gehör verloren habe, so habe ich es durch Schreck wieder bekommen".

Epikrise:

Die Schwerhörigkeit, die schon seit 6 Jahren besteht und in ihrer Stärke so auffallend wechselt — monatelang ist es besser, monatelang hat er fast garnichts gehört —, lenkt schon den Verdacht auf den psychogenen Charakter des Leidens. Eine organische, hinreichende Ursache für sie ist nicht zu eruieren; ihm selbst ist die Ursache seiner Schwerhörigkeit unbekannt, und die Inspektion des Trommelfells ergibt nur eine kleine Narbe am Hammergriff, auch findet sich sonst kein pathologischer Befund, der eine beachtenswerte Schwerhörigkeit zur Genüge erklärte. Wenn auch der Befund des Trommelfells für eine organische Erklärung der Schwerhörigkeit nicht zu verwerten ist, so ist sie für die psychogene Entstehung des Symptoms doch in Betracht zu ziehen, ebenso wie das Ohrleiden des Vaters uns einen Anhalt geben kann für einen psychischen Infekt, dem es bei der hysterischen Psyche nachzuspüren gilt. Durch ein unbedeutendes Ohrleiden, dem sich das Erleben der Schwerhörigkeit beim Vater zugesellt, hat die Vorstellung der Möglichkeit eines schweren Hörverlustes bei ihm Wurzel gefasst. — Nach einer Verschüttung durch Minenexplosion tritt hochgradige Verschlechterung des Hörvermögens, doch noch keine Taubheit ein. Bald nach seiner Einlieferung ins Lazarett fällt

das auffallende Benehmen des Mannes auf, im weiteren Verlauf der Lazarettbehandlung lässt die Diagnose „Hysterie“ keinen Zweifel mehr; es hat sich eine hysterische Psychose entwickelt, verbunden mit echt hysterischen, körperlichen Symptomen. Wie gross die Bereitschaft für letztere ist, beweist die Entstehung seiner Sprachstörung, die hervorgerufen wird, weil ihm ein Urlaub abgeschlagen wird. — Nach 6 Wochen ergibt die Hörprüfung völlige Taubheit. So tief sitzt das Symptom und so echt ist diese, dass Schüsse, die hinter ihm in seiner Nähe abgefeuert werden, keine Wirkung auf ihn ausüben. Trotz des unstreitig hysterischen Charakters des Symptoms müssen wir den Momenten nachgehen, die zur Taubheit geführt haben. Zweifellos hat die frühere Schwerhörigkeit schon eine Disposition herbeigeführt, die den Patienten auf sein Gehör sich hat einstellen lassen. Tatsächlich hat er ja früher schon von seiner Fähigkeit, sich abzusperren, bei der wechselnden Einstellung seines Hörvermögens, indem er monatelang fast garnichts, dann wieder gut hörte, Gebrauch gemacht. Die psychogene Verschlechterung auf die Minenexplosion hin oder nach späterer eigener Angabe auf das „Geknalle“ auf Posten hin, ist bei einem Hysteriker, der schon bewiesen hat, wie leicht er sein Hörvermögen regulieren kann, nichts Auffälliges; die Vorstellung der Hörverschlechterung hat sich, unterstützt durch den Schreck bei der suggestiblen Psyche mit Leichtigkeit realisiert. Es ist wahrscheinlich nur die Wiederholung des früheren Spiels, sein Gehörvermögen auf irgend eine unlustbetonte Veranlassung hin auszuschalten. — Wie ist weiterhin die völlige Absperrung zu erklären? Der Vollhysteriker geht von Hörprüfung zu Hörprüfung, und so wird ihm der Infekt gesetzt, der ihm die Vorstellung eingibt, dass tatsächlich ein schweres Ohr-

leiden bei ihm vorliegen muss. Der negative Ausfall der Hörprüfung infolge des psychischen Zustandes des Patienten, der eine regelrechte Untersuchung und Hörprüfung ausschliesst, mag ihm den Gedanken einer Ergebnislosigkeit der Behandlung und somit eines vollständigen Verlustes des Gehörs nahegelegt haben. — Hinzu kommen noch die besonderen Züge seiner Psychose, Angst und Misstrauen, Verfolgungsideen, enorme Erregbarkeit, die genährt werden durch seine Schwerhörigkeit, vielleicht durch sie entstanden sind, und die nun rückwirkend zur vollständigen Absperrung seiner Persönlichkeit und speziell seines Hörvermögens führen. Der Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit und gewissen Psychosen, z. B. Verfolgungswahn, ist ja bekannt. Der Weg, den die Psyche gegangen ist, dürfte im einzelnen nicht leicht zu verfolgen sein, im grossen und ganzen dürfte aber deutlich sein, dass ein Vollhysteriker, der auf die besonderen militärischen Verhältnisse mit Unlust reagiert, seine Zuflucht in die Krankheit nimmt. Sein Leiden ist die Reaktion auf den Frontdienst, die im besonderen zur Form der „reaktiven Absperrungstaubheit" (Kehrer) geführt hat.

Auch bei ihm führt die lange Lazarettbehandlung zu keiner oder nur vorübergehenden Besserung seines Leidens. Erst eine scharfe Psychotherapie wandelt Psyche und Krankheitsbild.

Hier will uns ebenfalls sonderbar anmuten, dass der Vollhysteriker, der seine Hysteriefähigkeit so bewiesen hat, und bei dem die Diagnose so wenig zu verfehlen ist, zu einem Ableseunterricht kommandiert wird.

FALL IX. Musketier M., geboren 18. XI. 88, Damenschneider. Anamnese: Eltern tot. Patient gibt an, schon als Kind immer kränklich gewesen zu sein. Mit 6 Jahren wurde er von einem Wagen überfahren, am Kopf verletzt, war längere Zeit bewusstlos. Mehrere

Wochen bettlägerig. Bis 12 Jahren hatte er mit Kopfschmerzen und Schwindel zu tun. — Hat angeblich gut in der Schule gelernt. Bis zum 19. Lebensjahr Hausdiener, wurde dann Zuschneider. Seit 5 Jahren selbständig, eigenes Geschäft. Verheiratet, hat ein gesundes Kind.

15. V. 15 zum I.-R. 83 eingezogen. — 4. VI. 15 ins Feld. Stand im Osten. — 22. X. 15 bei Dünaburg schlug eine Granate in seinen Unterstand. Er verlor die Besinnung, war zirka 3/4 Stunden lang bewusstlos. Als er erwachte, verliess er den Unterstand. Nachdem er 100 bis 150 m gegangen war, schlugen 3 Granaten dicht in seiner Nähe ein. Ein Sanitäter traf ihn und wollte mit ihm sprechen, M. konnte aber keinen Ton herausbringen und nichts mehr hören. Zunächst im Res.-Laz. Tilsit, dann in Res.-Laz. Meierei Bolle, Berlin. Darauf Res.-Laz. Garnisonlazarett I, Berlin. Diagnose: Hysterische Stummheit. Patient spricht nicht, bekommt nur ein a heraus, dagegen hört und versteht er gut, obgleich er angibt, auf dem rechten Ohr nichts zu hören.

25. XI. 15. Befund: Grosser, kräftiger Mensch, gut genährt, kräftiger Knochenbau. Hände feucht, Hautfarbe blass, Atmung mit offenem Munde. Grosse, lappenförmige Narbe in linker Schläfengegend, herrührend von der Verletzung in der Kindheit. — Strichförmige Hautnarbe von Haargrenze zirka 3 cm nach abwärts ziehend in Gegend des linken Stirnhöckers. — Innere Organe o. B. — An Nervensystem kein organischer Befund. — Pupillen gleichweit, reagieren prompt auf Licht-, Sehnen- und Hautreflexe regelrecht. Zunge gross, belegt. Gebiss kräftig. — Völliges Unvermögen zu sprechen mit Ausnahme des Vokals a, der tonlos, bisweilen auch mit vollem Klang intoniert wird. Die Verständigung ist mimisch. Behandlung: Hypnose, Sprachübung, Psychotherapie.

5. I. 16. Patient tritt in ambulante Behandlung in die Poliklinik für Nasenkrankheiten, wurde dort elektrisiert. — 25. III. 16. Kann einige Konsonanten und Vokale aussprechen. — 23. V. 16. Es ist bis jetzt wenig erreicht worden. Auch die seit 4 Monaten systematisch fortgesetzten Sprachübungen haben nur erreicht, dass er kurze Worte nach den einzelnen Buchstaben getrennt unter sichtbar grossen Anstrengungen hervorstammelt. Dabei gerät der Kopf in starkes Zittern, und das Gesicht wird lebhaft gerötet. Der Vokalschatz beschränkt sich auf a, e und au. An Konsonanten bringt er s, l, f, m fertig. — Beginn einer kombinierten Psycho- und Elektrotherapie. Die seit Ostern einsetzende Verschlechterung hat dahin geführt, dass Patient kaum mehr etwas spricht. Dazu ist sein Seelenzustand aufgeregter geworden. Er leistet dienstlichen Befehlen passiven Widerstand, ist rechthaberisch, hat nur den einen Wunsch, aus dem La-

zarett zu kommen. Sein Verbleiben ist aus dienstlichen und disziplinären Gründen unangebracht. Jede Therapie ist versucht worden, Hypnose, Wachsuggestion, Elektrizität etc.

Res.-Laz. Garnisonlazarett I, Berlin. 20. VI. 16. Patient ist nicht imstande, ein Wort hervorzubringen. Beim Versuch, zu sprechen, öffnet er den Mund und legt die Zunge an den Gaumen. — Zeugnis Professor Lewandowski: M. leidet an hysterischer Stummheit. Er ist als z. g. v. und a. v. zu erachten. Trotz aller möglichen Versuche ist eine Änderung des Zustandes nicht zu erzielen gewesen. Dabei ist der schlechte Willen des Patienten nicht zu verkennen, der sich auch disziplinärer Verstösse schuldig gemacht hat, sich mit grosser Lebhaftigkeit bewegt, Karten spielt etc.

11. VI. 17. M. wurde von neuem eingezogen. Derselbe war bei seiner erneuten Einstellung taubstumm, konnte weder sprechen noch hören. Es ist nur schriftliche Verständigung mit ihm möglich. Nach seiner Angabe erlitt er mehrere Monate nach seiner Entlassung vom Militär, im Februar 1917, einen Unfall dadurch, dass er beim Kohlenholen die Treppe herunterfiel. Seit dieser Zeit will er taub sein.

Die Untersuchung der Ohren ergab folgenden Befund: Trommelfelle beiderseits normal. Rechts taub, links taub. Die Stimmgabeln werden in Luftleitung nur links momentweise gehört. Rinne: negativ. Galton: beiderseits dicht am Ohr, r. bis 6,3, l. bis 5,4 mm.

Es handelt sich um hysterische Taubheit. Die Angaben bei der Stimmgabelprüfung sind nicht zuverlässig.

Res.-Laz. Hornberg. Aufgeregtes, zappliges Wesen. Gespannter Gesichtsausdruck. Scheinbar sehr heilungswillig. — Legt beim Sprechen die Zunge an den Gaumen, bringt kein Wort hervor. Lautestes Schreien wird nicht gehört. Trommelfelle o. B. Nadoleczny positiv. Patient wird sofort durch Aufbaumethode von seiner Taubstummheit befreit.

Nach einem Urlaub kann Patient nicht sprechen, bringt nur gestammelte Laute hervor. Nach energischster Gegensuggestion schwindet die Sprachstörung.

Epikrise:

In den ersten Aufzeichnungen über M. finden wir eine objektive Feststellung nur über seine Stummheit, während wir über eine Hörstörung nur erfahren, dass er sofort nach dem Granateinschlag gar nichts hörte und später auf dem rechten Ohr eine Schwerhörigkeit angibt, dass er aber in Wirklichkeit gut hört und ver-

steht. Es ist glaubhaft, dass der Zustand der Attonität, in dem sich M. nach dem Granateinschlag befunden hat, eine vorübergehende Taubheit ausgelöst hat; anzunehmen ist auch, dass die anfängliche subjektive Schwerhörigkeit bald zurückgegangen ist. — Wir erfahren dann zunächst nichts mehr über sein Hörvermögen. Und doch müssen wir jetzt schon die Angaben des Patienten über seine Schwerhörigkeit beachten, weil sie möglicherweise den Keim bedeuten für die später unter ganz anderen Umständen und Bedingungen auftretende Taubheit. Wir hören einstweilen nur von dem Mutismus, der jeder Therapie trotzt, so dass endlich eine Dienstuntauglichkeitserklärung zustande kommt. Die Tendenz des Symptoms ist durchsichtig; Befreiung vom Militärdienst; sie wird noch klarer aus dem erkannten schlechten Heilungswillen und erlaubt uns, einen Schluss auf die Art der später entstehenden Taubheit zu machen. Charakteristisch ist das Schlussurteil: „K. D. B. wird angenommen, doch ist die Rente gering zu bemessen, weil der schlechte Wille des Patienten deutlich ist, und weil ausserdem anzunehmen ist, dass die Störung im Zivilberuf sich bald beheben wird."

10 Monate nach seiner Entlassung wird M. wieder eingezogen als a. v., wahrscheinlich auf eine anonyme Anzeige hin, die ihn bei der Militärbehörde verdächtigt hat und in der es heisst, dass M. sehr wohl sprechen könne und im Umgang mit seinen Bekannten Gebrauch von seiner Sprache mache, auch sich unschwer mit seinem Hörvermögen orientieren könne. Als er sich stellt, ist er vollständig taub und stumm. Über die Entstehung der Taubheit gibt er an, wenige Monate nach seiner Entlassung vom Militär einen Unfall erlitten zu haben dadurch, dass er beim Kohlenholen die Treppe heruntergestürzt sei, seitdem sei er

taub. Ob die Ursache tatsächlich in dem Unfall zu suchen ist, ist zweifelhaft. Die Aussagen in dem anonymen Schreiben, in dem es heisst, dass er sich unschwer mit seinem Hörvermögen orientieren könne, würde dagegen sprechen. Dass aber überhaupt darin von seiner Schwerhörigkeit die Rede ist, zeigt, dass sie wieder in die Erscheinung getreten ist, ein Zeichen, wie sehr M. auf sein Gehör eingestellt, und wie gross die Bereitschaft bei ihm für Herabsetzung des Hörvermögens ist. Über die Entstehung der vollständigen Taubheit dürfte folgende Auffassung richtig sein: Trotz seiner schon bestehenden Sprach- und Hörstörung erhält M. einen Gestellungsbefehl. Die Flucht in diese Krankheitssymptome genügte also nicht, ihn vor dem Militärdienst zu bewahren, und so nimmt er seine Zuflucht zu jenem Symptom, das im Verkehr mit der Aussenwelt ein grosses Hindernis bedeutet und ihn für den Militärdienst vollständig untauglich macht, zur totalen Absperrung seines Hörvermögens.

Hier mag auch die Trennung von Simulation und Hysterie wieder sehr schwierig sein. Lewandowski schreibt: „Die Frage, ob Simulation oder Hysterie vorliegt, tritt mit dem Augenblick überhaupt auf, wo man von einem Wunsch- oder Zweckcharakter der Hysterie spricht. Es ist zuzugeben, dass Übergänge häufig sind und hervortreten in dem Masse, als der Zweck und seine Mittel in das wache Bewusstsein treten, es ist sogar zuzugeben, dass wir uns hin und wieder täuschen lassen, Simulation für Hysterie nehmen. Und trotzdem ist im Prinzip und für die grosse Mehrzahl der Fälle die Simulation durchaus abzulehnen. Vielmehr sind wohl alle Sachverständigen der Meinung, dass im allgemeinen noch immer viel häufiger Simulation angenommen wird, wo Hysterie vorliegt, als es umgekehrt der Fall ist.“ So dürfen

wir auch hier, so sonderbar und so wenig durch ein akustisches oder mechanisches Trauma begründet an sich uns auch die Entstehung der Taubheit anmuten mag, angesichts des Wesens des Mannes, der uns das Bild eines typischen Vollhysterikers bot, und bei der Behandlung und Beobachtung nicht den geringsten Verdacht auf Simulation erweckte, letztere ohne weiteres ausschliessen.

FALL X. Schütze T., geboren 26. VI. 96, Schmied.

Familienanamnese: o. B. Mit 9 Jahren Scharlach, darauf Ohreiterung rechts und Verlust des Gehörs. Links sei ebenfalls das Gehör schlechter geworden, eine Eiterung sei aber dort erst in der Lehrzeit eingetreten. Seitdem zeitweise auftretende Eiterung links. Wiederholt in spezialärztlicher Behandlung. Kopfschmerzen und Schwindelanfälle bestanden auch seitdem.

Bei der Einziehung am 26. X. 15 eiterte das rechte Ohr.

18. VIII. 17. Krankmeldung wegen schlechten Hörens, kam nach Wilna, Kriegslazarett für Ohrenkranke. Ohrenbefund: Trommelfell links o. B., rechts Totaldefekt. Granulationen am hintern margo. Reichlich eitriges Sekret in der Pauke. — Nase: Links hochgradige Septumdeviation. Rechts entsprechend erweitert. Rachen: Adenoide. Hörweite: angeblich rechts Flüstersprache 0, Konversation 0, links 20 cm Flüstersprache. Krankheit: Alte Mittelohreiterung mit hochgradiger Schwerhörigkeit.

Wird in die Heimat nach Cüstrin-Neustadt verlegt, von wo er am 3. XII. 17 zur 3. Ers.-M.-G.-K. Lahr entlassen wurde. Unterwegs habe er sich geschneuzt, infolgedessen habe das l. Ohr, das vorher trocken war, wieder geeitert, und er habe nichts gehört. Wurde darauf ins Kriegslazarett Freiburg eingewiesen. Er habe schon Jahre lang vom Munde ablesen müssen, da er nichts verstehen konnte. Im Felde habe die Schwerhörigkeit links zugenommen, er habe nur die Einschläge in seiner Nähe gehört. Im Felde hätten auch die Schwindelanfälle zugenommen.

Friedrichsgymnasium Freiburg i. B. 27. XII. 17. Befund: R. H. Gehörgangswand alte Blutkrusten. Vom Trommelfell steht in der vorderen Hälfte ein schmaler Saum. — Links. Im linken Hörgang ein eitrig durchtränkter Streifen. Im Trommelfell stecknadelkopfgrosse zentrale Perforation. Pulsierende Eiterung. Laut geschrieene Sprache wird beiderseits nicht gehört. — Die Eiterung des linken Ohres wird konservativ behandelt. Der täglich zweimal gewechselte Streifen ist

stets stark eitrig durchtränkt. — Man hat den Eindruck, dass er, ohne genau auf den Gehörseindruck zu achten, schon beim Aufsetzen der Gabel auf den Schädel mit der Erklärung herausrückt „schon wieder weg", dass er also schon mit der Voraussetzung an die Untersuchung herangeht, dass er die Gabeln nur einen Moment höre. Der Hörprüfungsbefund ergibt weder für Schallleitungsstörung, noch für nervöse Schwerhörigkeit charakteristische Merkmale. Es ist deshalb zu vermuten, dass eine psychische Aufpfropfschwerhörigkeit vorliegt.

Reservelazarett Stadthalle Heidelberg. Befund: Rechts: es steht nur ein schmaler Trommelfellraum. Ob die Perforation hinten randständig, lässt sich nicht überblicken, da hintere Gehörsgangwand den Überblick hindert. Paukenhöhlenwand blass. Perforation trocken. Rechts Tubenstenose. Tube für Luft durchgängig. Links: wenig eitriges Sekret, Trommelfell verdickt, gerötet. S-förmige Perforation mit verdickten Rändern. Linke Tube mässig stenosiert, für Luft frei durchgängig. Hörprüfung: Hört weder Sprache noch Stimmgabeln, weder durch Luft noch durch Knochen. Liest anscheinend gut ab, macht dabei beim Sehen auf den Mund des Sprechenden eigentümliche Mundbewegungen. Er vermag aber auch zu hören; während er aufgefordert wird, völlig tonlos gesprochene Zahlen vom Munde abzusehen, werden ihm gleichzeitig von der Seite andere Zahlen zugeflüstert. Er wiederholt dabei zunächst einigemale die geflüsterten Zahlen. Bei Wiederholung des Versuchs liest er gut von den Lippen ab. Man hat den Eindruck, als habe er inzwischen gemerkt, worauf es bei dem Versuch ankommt. — Es sind zweifellos hysterische Anzeichen vorhanden. Das ganze Benehmen des P., sein Nachlispeln und Grimassieren, sein Gesichtsausdruck und seine scheinbare Gleichgiltigkeit sind typisch hysterisch. Trotz der organischen Veränderung erscheint eine baldige Verlegung nach Hornberg angezeigt, denn der bisherige Verlauf zeigt, dass Patient sich immer tiefer in die hysterische Verfassung hineinarbeitet.

Reservelazarett Schloss-Hornberg. 28. I. 18. Befund: Dauernd hochgespannter, lauernder Gesichtsausdruck. Liest scheinbar alles vom Munde ab, spricht das Vorgesagte mit den Lippen nach. Maximales Schreien wird an beiden Ohren nicht gehört. Nadoleczny positiv. Patient wird nach ¾ stündiger aktiver Psychotherapie von seiner Taubheit befreit. Hört leise Flüstersprache auf 6 m Entfernung. Ist sehr erfreut und dankbar.

Epikrise:

Auf der Basis eines in der Jugend überstandenen Scharlachs hat sich eine Mittelohreiterung entwickelt,

die einen gewissen Grad von organischer Schwerhörigkeit wahrscheinlich macht. Die Angaben des Patienten über den früheren Zustand seines Gehörs, dass er schon Jahre lang vom Munde habe ablesen müssen und nichts verstehen konnte, sind mit Vorsicht aufzunehmen; denn die Schwerhörigkeit hat eine Einstellung bei der Truppe — bei der Einstellung eiterte das r. Ohr — nicht gehindert und scheinbar keine Einschränkung seiner Dienstfähigkeit in seinem 10monatigen Frontdienst bewirkt. Am 18. VIII. 17 meldete er sich krank wegen seines alten Leidens und zunehmender Schwerhörigkeit. Nach Besserung wird er zu seinem Ers.-Truppenteil entlassen, doch auf der Fahrt dorthin setzt angeblich auf „Schneuzen" hin eine Eiterung des linken Ohres ein, auf die hin eine hochgradige Schwerhörigkeit eintritt. Die Hörprüfung in der Freiburger Klinik ergibt totale Taubheit. Die chronische Eiterung mag für den hohen Grad der Schwerhörigkeit nicht allzuviel besagen; bei der Einstellung bestand die Eiterung schon, und trotz ihrer, — die auch bei der Behandlung noch besteht, — wird bei der Therapie ein denkbar günstiges Resultat erzielt. Die Hysterikerpsyche pfropft unter den besonderen Verhältnissen des Militärdienstes — es ist nicht gleichgiltig, dass gerade auf der Fahrt zum Ers.-Truppenteil die Schwerhörigkeit so hochgradig wird — auf die wirklich bestehende Schwerhörigkeit auf. Die Mittelohreiterung ist die Grundlage, an die sich der hysterische Komplex des Hörverlustes mit der Tendenz der Verbesserung seiner Lage anheftet. Hysterischer Infekt und Begehrungsvorstellung dürfte denn auch hier deutlich sein. Das iatrogene Moment, häufige Ohrenuntersuchungen und Behandlungen, mögen hier ebenfalls eine unterstützende Rolle spielen. Vielleicht bedarf bei derartigen Fällen gerade die Flucht

in die totale Taubheit einer besonderen Erklärung. Man fragt sich bei den hochgradigen Verschlimmerungen derartiger Schwerhörigkeiten in den Lazaretten, ob hierbei nicht ähnliche Gesichtspunkte in Betracht kommen, wie bei dem Simulanten; auch beim psychogen Schwerhörigen müssen sich widerspruchsvolle Resultate bei den Hörprüfungen ergeben. Das mag der Patient instinktiv durchfühlen, und um so unangenehmen Verdächtigungen aus dem Wege zu gehen, sperrt er sein Hörvermögen vollständig ab.

In vorliegendem Falle macht der schwere organische Befund die Unterscheidung von organischer Schwerhörigkeit sehr schwierig, doch erleichtert auch hier das Urteil über die Natur der Taubheit das ganze Wesen des Mannes, das typisch hysterisch ist, und die Therapie ergab gerade bei ihm alle für Hysterie charakteristischen Erscheinungen.

Die Therapie wird in unserm Lazarett sofort nach der Aufnahme und Untersuchung eingeleitet. Für alle Fälle von totaler Taubheit ist die Aufbaumethode von Dr. Berthold angewandt worden und hat in allen Fällen zur Heilung geführt. Es dürfte von Interesse sein, die gegenwärtig angewandte Methode im einzelnen zu erläutern.

Nachdem der Patient schon eine entsprechende Suggestion von Arzt und Personal, vielleicht auch von geheilten Patienten in dem Sinne erfahren hat, dass er geheilt werden wird, wird er in das Behandlungszimmer geführt, dort mit entblösstem Oberkörper auf das Behandlungsbett gelegt. Die ganze Unterhaltung, die indessen von Ärzten und Personal geführt wird, ist zugeschnitten auf die Suggestion des Patienten, wird mit lauter Stimme geführt, betont die Möglichkeit der Heilung, lässt aber auch schon durchblicken, dass Mangel an gutem Willen und Anstrengung

von seiten des Patienten Letzterem nicht nachgesehen wird. So steht schon die Aussicht auf Heilung und der Affekt der Furcht als wichtiger Faktor der Behandlung hinter dem Patienten. Nun beginnt die eigentliche Therapie. Der behandelnde Arzt schreibt vor: „Ihr Leiden ist nur nervöser Art, der Hörnerv ist geschwächt, wir werden eine Einspritzung in den Hörnerven machen, so dass Sie Ihr Gehör wieder bekommen.“ Dem Patienten werden die Augen verbunden, damit jede Ablenkung vermieden und er ganz auf sein Gehör eingestellt wird. Nun wird mit entsprechenden Manövern und entsprechender Verbalsuggestion eine kleine Scheinoperation ausgeführt, die Freilegung des Hörnerven und die Einspritzung der „Ohrnervensäure“. Damit die Suggestionen Schlag auf Schlag erfolgen, durch Schreiben keine unnötige Zeit verloren geht und dem Pat. keine Zeit zur Besinnung bleibt, haben wir die nötigen Anweisungen und suggestiven Vorschriften für den Patienten schon auf Tafeln drucken lassen.

Arzt schreibt weiter vor: „Ich schreie jetzt a in Ihr Ohr, das werden Sie nun hören und es sofort nachrufen“. Der Patient wird nun allein auf den Reiz infolge des Lufthauches hin, der sein Ohr trifft, das Reizwort nachsagen. Dabei braucht die akustische Apperzeption noch nicht vorhanden sein, sondern das Signal, dass das Reizwort gerufen wird, und er nachzusprechen hat, ist lediglich der Lufthauch, sodass das blose Anblasen der Ohrmuschel den Patienten zum Nachsagen veranlasst, während auch noch Schreien aus grösserer Entfernung nicht gehört wird. Durch aufmunternden Zuspruch wird dem Patienten angedeutet, dass man mit seiner Aufmerksamkeit zufrieden ist und dass das „Gehör schon durchkomme“. Darauf wird er in derselben Weise zum Nachsagen des Reiz-

wortes i veranlasst. Das Entscheidende ist nun die apperzeptive Wahl zwischen „a“ und „i“, vor die der Patient gestellt wird. Es wird vorgeschrieben, dass nun a oder i in sein Ohr gerufen wird, und dass er das Gehörte nachzusagen habe; während er vorher einen visuell empfangenen Eindruck auf einen taktilen Reiz am Ohr hin sprachlich wiedergibt, muss jetzt die akustische Apperzeption einsetzen, damit Patient das gesprochene Reizwort richtig wiedergeben kann. Hier steht nun die psychogene Sperre im Wege, und sie zu brechen, muss hier die Schmerzwirkung einsetzen. Sobald auf das Reizwort a oder i eine falsche Reaktion erfolgt, wird die Elektrode aufgesetzt und ein galvanischer Schlag am Ohr appliziert. Dem Patienten wird so die Wahl gelassen, das Reizwort richtig zu beantworten oder sich einem Schmerz zu unterziehen. Je nach der Hartnäckigkeit der Psyche wird die Sperre nun leicht oder schwer gebrochen. Ist man sicher, dass die Wahl bei a und i richtig getroffen wird, geht man zu schwereren Aufgaben über, zur apperzeptiven Wahl zwischen den übrigen Vokalen a o u e i. Bietet auch sie keine Schwierigkeit mehr, und reagiert Patient exakt auf die vorgesprochenen Vokale, geht man zu Zahlen und Worten über, immer Strom applizierend, sobald eine falsche Reaktion erfolgt. Im Einzelnen kommt es nun darauf an, ständig durch Verbalsuggestion, ermunterndes Zureden, Abwechseln mit Drohungen und suggestiver Steigerung des Stromes die Psyche des Patienten zu beeinflussen.

Wir haben wenig Misserfolge. So ist es uns bei den hier erwähnten funktionellen Taubheiten und im übrigen bei fast allen hochgradigen Schwerhörigkeiten

gelungen, ein volles Heilungsresultat zu erzielen. Bei den wenigen Misserfolgen lag zum grossen Teil nach unserer Überzeugung Simulation zu Grunde, zum Teil war auch die Möglichkeit einer organischen Hörstörung mindestens nicht auszuschliessen.

Lebenslauf.

Unterzeichneter, Franz Wilhelm Hubert Hahn, ist geboren am 23. Januar 1890 in Cöln a. Rh. als Sohn des Kaufmanns Wilhelm Hahn und der Gertrud Hahn, geborenen Schmitz. Von Religion bin ich katholisch. Das Zeugnis der Reife erhielt ich Ostern 1910 am Gymnasium an Marzellen zu Cöln a. Rh. Ich studierte Medizin in Freiburg i. Br., München und Bonn. Meiner militärischen Dienstpflicht genügte ich in München von April bis Oktober 1913. Im September 1914 kam ich als Feldunterarzt ins Feld. Im Juni 1916 wurde ich zum Feldhilfsarzt befördert. Nach mehrmonatiger Beurlaubung vom Felde aus machte ich in Bonn Mai 1917 mein Staatsexamen. Oktober 1917 wurde ich ins Reserve-Lazarett Schloss Hornberg versetzt. Januar 1918 wurde ich zum Assistenzarzt der Reserve befördert.

Franz Hahn.